TRATADOS HIPOCRÁTICOS

VII

TRATADOS QUIRÚRGICOS

SOBRE LAS HERIDAS EN LA CABEZA • SOBRE EL DISPENSARIO MÉDICO • SOBRE LAS FRACTURAS • SOBRE LAS ARTICULACIONES • INSTRUMENTOS DE REDUCCIÓN • SOBRE LAS FÍSTULAS • SOBRE LAS HEMORROIDES • SOBRE LAS ÚLCERAS

INTRODUCCIONES, TRADUCCIONES Y NOTAS POR
M.ª DOLORES LARA, HELENA TORRES Y BEATRIZ CABELLOS



EDITORIAL GREDOS

BIBLIOTECA CLÁSICA GREDOS, 175



Asesor para la sección griega: CARLOS GARCÍA GUAL.

Según las normas de la B. C. G., las traducciones de este volumen han sido revisadas por FERNANDO GARCÍA ROMERO.

Las traducciones, introducciones y notas han sido llevadas a cabo por: M.ª Dolores Lara (*Sobre las heridas en la cabeza, Instrumentos de reducción, Sobre las fístulas, Sobre las hemorroides, Sobre las úlceras*), Helena Torres (*Sobre el dispensario médico, Sobre las fracturas, Sobre las articulaciones* —sólo intr.—) y Beatriz Cabellos (*Sobre las articulaciones* —trad. y notas—).

Depósito Legal: M. 4759-1993.

ISBN 84-249-1425-2. Obra completa.
ISBN 84-249-1610-7. Tomo VII.

Impreso en España. Printed in Spain.
Gráficas Cóndor, S. A., Sánchez Pacheco, 81, Madrid, 1993. — 6544.

SOBRE LAS HERIDAS EN LA CABEZA

(Perì tôn en kephalêi traumátōn)

INTRODUCCIÓN

El tratado *Sobre las heridas en la cabeza (VC)* forma parte del numeroso grupo de escritos del *Corpus* dedicados exclusiva o fundamentalmente a temas quirúrgicos. De este grupo, las obras *Sobre las fracturas (Fract.)* y *Sobre las articulaciones (Art.)*, junto con la que aquí traducimos, se consideran los tres grandes tratados más antiguos, mientras que las demás, *Instrumentos de reducción, El dispensario* y *Sobre la naturaleza de los huesos* son colecciones de notas derivadas de los anteriores o simplemente resúmenes [1]. Comúnmente se acepta que *Fract.* y *Art.* forman una unidad y que, junto con *Heridas en la cabeza,* proceden de un mismo autor [2]. En la medida en que se admite que el mismo maestro de la Escuela de Cos escribió algunos tratados del *Corpus,* se acepta que el autor del nuestro es Hipócrates. Así se entendió desde antiguo y se puede decir que ningún otro escrito hipocrático ha atraído mayor atención: todos los comentaristas alejandrinos se ocuparon

[1] Las relaciones entre los distintos escritos quirúrgicos han sido estudiadas en profundidad por O. Regenbogen, *Symbola Hippocratea,* Berlín, 1914. Véase también la Introducción de E. T. Withington a su *Hippocrates,* III, Londres, 1928 (1968), págs. XXII-XXV.

[2] Además de Regenbogen, mantiene esta opinión L. Bourgey, *Observation et expérience chez les médecins de la Collection Hippocratique,* París, 1953, págs. 60-61, entre otros.

de él, figura ya en el léxico fragmentario de Baquio (s. III a. C.), y está en las listas de Erotiano, gramático del s. I d. C. Y, aunque esto no sea garantía de autenticidad, nadie ha puesto en duda ni su antigüedad, ni su pertenencia a la Escuela de Cos [3].

Las relaciones de *Heridas en la cabeza* con *Fract.* y *Art.* no consisten tan sólo en que tratan un tema quirúrgico, sino que se advierte en los tres una misma complejidad de pensamiento, un mismo talante reflexivo y una idéntica preocupación por unir las pruebas experimentales con las pruebas de la razón. Son los escritos menos especulativos de la Colección, los más precisos y exactos en sus explicaciones anatómicas, los más ceñidos a lo que puede verse y tocarse [4].

Los escritos quirúrgicos han sido los más apreciados del *Corpus Hippocraticum* tanto por médicos como por filólogos y en especial *Heridas en la cabeza* es el tratado que más ha atraído la atención del médico en todos los tiempos. Galeno escribió un comentario del que no quedan más que unos fragmentos en Oribasio (XLVI 21), y desde Celso hasta Paulo Egineta todos cuantos han escrito sobre el tema han tenido este tratado ante su vista. En el Renacimiento interesó tanto a anatomistas como a cirujanos.

El objeto de la obra es la tipificación de los distintos modos de herirse la cabeza y da normas para su explora-

---

[3] Si bien K. DEICHGRAEBER, en su estudio sobre la Escuela de Cos a partir de las *Epidemias (Die Epidemien und das Corpus Hippocraticum*, Berlín, 1933 (1975), pág. 171), no se ocupa directamente de *VC* junto al resto de los escritos quirúrgicos, habla de este tratado como perteneciente a la escuela y lo agrupa junto al *Pronóstico* y otros escritos coicos que pudieran ser fuente para las *Prenociones de Cos*.

[4] Cf. P. LAÍN ENTRALGO, *La medicina hipocrática*, Madrid, 1970, págs. 344 y sigs.

ción, reconocimiento y diagnóstico. Contiene igualmente algunos pronósticos y el tratamiento que se debe seguir. Finaliza el tratado con unas normas prácticas sobre la operación de la trepanación, lo más destacable del escrito y por lo que ha merecido la atención tanto de anatomistas como de cirujanos, al igual que sus claras descripciones, especialmente de las suturas del cráneo. Sus apreciaciones de estas últimas son mucho más acertadas que las que posteriormente hizo Aristóteles en su *Historia de los animales* I 7, donde se nos dice que el hombre tiene tres suturas, que irradian de un centro, y que la mujer sólo tiene una, que va en círculo. Pero, si bien los puntos de vista hipocráticos sobre las suturas han sido los aceptados por todos los médicos antiguos, no sucede así con sus ideas sobre la trepanación. La doctrina de *Heridas en la cabeza* acerca de ésta, que ha dado muchos quebraderos de cabeza desde época posthipocrática en adelante, puede resumirse así: si el cráneo está contuso o tiene una fisura, hay que trapanar de una vez; sin embargo, una fractura abierta con depresión no requiere trepanación normalmente y es menos peligrosa; por decirlo en una palabra: «a un cráneo lesionado debería hacérsele un agujero si no lo tiene ya hecho». Los alejandrinos rechazaron esta doctrina, según colegimos de Celso:

> Los antiguos —dice (dejando a Hipócrates piadosamente sin nombrar)— aconsejaban la operación inmediata, pero lo mejor es usar ungüentos y esperar a que aparezcan los síntomas.

Muchas vidas se hubieran salvado de haberse hecho una trepanación preventiva, como era la opinión de Hipócrates [5].

---

[5] Ver la Introducción de E. T. Withington, *op. cit.*, págs. 2-5.

Algunos casos clínicos presentados en el libro quinto de las *Epidemias* parece que puedan ponerse en relación con nuestro escrito, como si hubieran sido pensados para ilustrar este tratado. Allí se hace la trepanación a un herido con contusión en el cráneo y se le perfora a fondo, hasta el diplóe, tiene una hinchazón en la cara (erisipela, cf. *VC* 20) y se le purga; habiéndose observado las reglas dadas por este tratado, el enfermo se recupera (cf. *Epid.* V 16). En V 27, a un herido con fisura se le deja sin trepanar hasta que es demasiado tarde, y en V 28, una joven muere porque la trepanación fue insuficiente; tuvo espasmo en el lado opuesto al que recibió la herida (cf. *VC* 13).

Se explica el lugar destacado que ocupa la cirugía en la medicina griega antigua por el especial interés que, desde muy temprano, este pueblo tuvo por su cuerpo y por el conocimiento de su constitución física, así como por la naturaleza de las lesiones que sobre él pudieran recaer. Ello hizo que el hombre griego tuviera siempre un enorme respeto por los expertos en los métodos para curarlas. Sin embargo, este gran progreso de los conocimientos anatómicos y del tratamiento de las fracturas, superior al resto de los conocimientos médicos, guarda también relación con el contacto que los médicos de la costa jonia de Asia Menor tuvieron con la medicina egipcia y oriental. La comparación del *Papiro «Edwin Smith»*, que contenía un antiquísimo libro de cirugía y medicina externa, con nuestro tratado pone de manifiesto una gran concordancia teórica y práctica entre ambos escritos. Los paralelismos conciernen tanto a la descripción y definición de diferentes casos como al diagnóstico. No así a la terapéutica quirúrgica en la que la medicina griega muestra su originalidad [6].

[6] E. Iversen, «Wounds in the head in Egyptian and Hippocratic medicine», en *Studia Orientalia* I, págs. 163-171 (= *Mélanges Pedersen,*

El estilo de *Heridas en la cabeza* es excelente por su claridad en la descripción y por su lenguaje magistral, en el que asoma un intento por establecer una terminología técnica médica. De ello podría ser un ejemplo el uso de la palabra vulgar *príon* 'sierra' como término semitécnico para un instrumento quirúrgico bastante complicado. *Hédra, brégma, diplóe* son tres palabras griegas de la lengua común que adoptan significados tan peculiares que tienen que ser definidas más que traducidas. Concretamente es muy difícil ver qué relación guarda el término *diplóe* («doblez» en la lengua común) con el tejido que forma parte del hueso del cráneo. Probablemente es el prestigio de este escrito el que ha hecho que ese término haya prosperado y se haya conservado. *Hédra,* en cambio, no podría haberse salvado ni siquiera bajo la autoridad de Hipócrates y su cuidado en definirlo (cf. cap. 3).

Por otra parte, el afán de claridad y precisión lleva al autor a repeticiones de palabras y frases cuya necesidad no siempre es evidente. La obra manifiesta algunos rasgos retóricos, aunque menos artísticos que los de *Fracturas* y *Articulaciones* [7].

La composición del escrito podría definirse como muy simple: en torno a un hilo conductor (los traumatismos craneales) se expone una materia única, desarrollada por

Copenhague, 1953). Posteriormente, M. D. GRMEK, «Ancienneté de la Chirurgie Hippocratique», en *Actes du IV^e Colloque international hippocratique* (Lausana, 1981), Universidad de Lausana, 1983, pág. 289, negó que *VC* fuera tributario de la tradición médica egipcia. Para él lo que hay es una convergencia dictada por los hechos observados, dando por descartada toda dependencia histórica entre los dos textos médicos.

[7] El tema es ampliamente desarrollado por J. KRÖMER, *Quaestionum Hippocraticum capita duo,* Greifswald, 1914, que fundamentalmente se interesó por el estilo de los tratados quirúrgicos.

acumulación de los distintos aspectos que ofrece. No tiene un prólogo propiamente dicho, por más que su entrada en materia descriptiva hace las veces de introducción, presentando las distintas partes de la cabeza y toda una terminología que es la que se va a emplear a lo largo del escrito. Carece también de un epílogo que se suple con un largo capítulo con las normas sobre la trepanación.

A propósito de la historia de la transmisión de este tratado nos dice Littré (III, 175) que este texto ha padecido mucho en manos de los copistas y señala que su final es dudoso, no sólo porque no todos los manuscritos lo concluyen igual, sino porque parece que en la Antigüedad se le había añadido un apéndice cuya autenticidad ya ponía en duda Galeno. Igualmente, señala Littré, el comienzo del tratado se presta a incertidumbre ya que la traducción de Calvus (1525) presenta una veintena de líneas, a modo de prólogo, que no se encuentran en ningún otro traductor ni edición.

Los principales manuscritos para la fijación del texto que se traduce, editado por E. Th. Withington, *Hippocrates* III, Londres (L), 1928 (1968), págs. 2-51, son tres (B, M, V) de los siglos IX, XI y XII. La versión de Withington, que no ha sido revisada por ninguna otra posterior, es deudora tanto de la de E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate,* París, 1841 (1961), vol. III, págs. 150-260, como de las posteriores de F. Z. Ermerins, *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae,* 3 vols., Utrecht, 1859-1864, vol. I, págs. 369-394; J. E. Pétrequin, *Chirurgie d'Hippocrate,* París, 1877-1878, y H. Kühlewein, *Die chirurgischen Schriften des Hippocrates,* Leipzig, 1902.

Mª. DOLORES LARA NAVA

SOBRE LAS HERIDAS EN LA CABEZA

Las cabezas de los hombres no son iguales unas a 1
otras ni las suturas de la cabeza de todos están dispuestas de la misma manera [1], sino que el que tiene la cabeza prominente por delante —prominencia es la redondez del cráneo mismo que sobresale del resto— tiene las suturas en su cabeza dispuestas en forma de letra *tau*, T. En efecto, tiene dispuesta la línea más corta transversalmente en la base de la prominencia, mientras que la otra va a lo largo de la cabeza, por en medio, directamente hacia el cuello. El que tiene la prominencia de la cabeza por detrás presenta las suturas en la forma contraria al anterior. Así, la línea más corta nace transversal en la base de la prominencia, pero la más larga va longitudinalmente por en medio de la cabeza directamente hacia la frente. El que tiene la

---

[1] La investigación anatómica de la medicina hipocrática se tuvo que enfrentar con un problema singular: la disposición natural del interior del cuerpo ¿es la misma en todos los individuos? Algunos tratados hipocráticos afirman que no. Entre ellos este primer capítulo de *VC*. En el cap. 6 de *Los lugares en el hombre* se cree en la existencia de variaciones individuales todavía más importantes, porque se afirma que pueden ser tres o a veces cuatro las suturas. En este mismo escrito hipocrático *(Loc. Hom.)* también se cree que el número de vértebras es variable y se afirma que de unos individuos a otros las articulaciones pueden variar.

prominencia a un lado y otro de la cabeza, tanto por delante como por detrás, a ése las suturas le salen dispuestas en forma de letra *eta*, H. Las líneas largas están dispuestas transversalmente en la base de cada una de las dos prominencias y la corta va longitudinalmente por en medio de la cabeza terminando en cada línea larga [2]. El que no tiene prominencia alguna ni por un lado ni por otro, ése tiene las suturas de la cabeza en forma de letra *ji*, X. Las líneas están, una transversal dirigida hacia la sien y la otra longitudinal por en medio de la cabeza.

El hueso del cráneo es doble por la mitad de la cabeza y lo más duro y denso de éste son la parte superior por donde la superficie lisa del hueso está en contacto con la carne y la inferior en donde la superficie ósea está contigua a la membrana [3]. Retirándonos de las partes superior e inferior del hueso, desde las más duras y densas hacia la más blanda, menos densa y más esponjosa, llegamos directamente al diplóe. El diplóe es muy poroso, muy blando y especialmente esponjoso. Todo el hueso de la cabeza, salvo una muy pequeña parte de la tabla superior y de la inferior, es como una esponja y contiene muchas partículas carnosas, semejantes entre sí y llenas de humedad: si se las frota con los dedos puede salir sangre de ellas.

---

[2] Se entiende que la letra griega H está tumbada. Así lo refleja el texto de LITTRÉ, *op. cit.*, III, pág. 185.

[3] Griego *méninx;* se refiere a la duramadre. La antiquísima versión de Escalígero (s. XVI) no recoge ninguna de las dos veces ni el relativo *hêi* 'por donde' ni la palabra *he homochroíe* 'la superficie lisa' del hueso. Según él, la palabra no es más que una glosa ajena al texto. KÜHLEWEIN, *op. cit.*, tampoco recoge el relativo. Por supuesto que hubiera bastado con decir: la parte superior que toca la carne y la inferior que toca la meninge, pero semejante simplificación, en primer lugar, va en contra de los manuscritos. Y después, no está de acuerdo con el gusto de este autor por las descripciones precisas y detalladas.

Hay también en el interior del hueso venitas finas y huecas llenas de sangre.

2 De forma que las cosas son así en cuanto a la dureza, blandura y porosidad. En lo del grosor y la delgadez hay lo que sigue: de toda la cabeza, la parte más fina y débil del hueso es la de la zona del bregma [4]; por esa parte de la cabeza el cráneo tiene en sí muy poca carne y muy fina, y es bajo ella donde se encuentra la mayor cantidad de cerebro. Y que esto es así (lo prueba) el que heridas y armas que son de igual tamaño y más pequeñas, y herido igual e incluso menos, el hueso de la cabeza por ahí se contusiona y se fractura más y se contusiona con depresión, y por ese sitio de la cabeza (las lesiones) son más mortales que por cualquier otro, más difíciles de curar y de escapar a la muerte. Y siendo las heridas iguales y habiendo sido herido igual e incluso menos, el hombre que tiene la herida en ese sitio de la cabeza muere —si es que de cualquier forma va a morir por la herida— en menos tiempo que el que la tiene en otro lugar. Porque es especialmente por el bregma por donde el cerebro acusa más rápidamente los daños que se reciben tanto en la carne como en el hueso, dado que el cerebro por ahí está bajo un hueso muy fino y con poquísima carne y la mayor cantidad de cerebro está bajo el bregma. De las demás, la parte más débil es la de las sienes: efectivamente, no sólo (ahí está) la unión de la mandíbula inferior con el cráneo, sino que también en la sien hay un movimiento arriba y abajo como el de una articulación. Además la audición se produce cerca suyo y una vena hueca y fuerte pasa a través de la sien.

---

[4] El bregma comprende la parte más alta de la cabeza, donde el cráneo tarda más tiempo en cerrarse. El término, de la raíz del verbo *bréchō* 'inundar', 'empapar', quedó fijado en el vocabulario anatómico.

Toda la parte de atrás del cráneo, detrás del vórtex y detrás de los oídos, es más fuerte que toda la parte de delante, y ese hueso tiene en sí mucha más carne y más espesa. Y que esto es así (lo prueba) el que tratándose de heridas y armas que son iguales, al que es herido igual e incluso más y de la misma manera por esa parte de la cabeza, el hueso se le fractura menos y sufre menos contusión con depresión y, si el individuo va a morir de todas formas por la herida, teniendo el golpe por la parte de atrás de la cabeza tarda más en morir. Es así porque el hueso tarda más en llenarse de pus y supurar hacia dentro, hacia el cerebro, por causa de su espesor y porque bajo esa parte de la cabeza hay menos cerebro; y con más frecuencia escapa a la muerte un mayor número de los que son heridos por la parte de atrás de la cabeza que de los que reciben la herida por delante. También en invierno el individuo vive más tiempo que en verano, si de cualquier forma va a morir por la herida, tenga donde tenga la herida en la cabeza.

3 Las *hedrae* [5] de armas puntiagudas ligeras, si se producen en el hueso ellas solas, sin fractura, contusión ni contusión con depresión —ésas se producen tanto en la

[5] *Hedra* es una de esas palabras que, procedente del lenguaje común se utiliza en el tratado con un sentido quasi técnico. De la raíz de *hédos* 'asiento' (latín, *sedeo), hedra* es el «lugar de asiento». En nuestro escrito es la muesca o señal dejada por un arma en el hueso craneal (el lugar de «asiento» del arma), como una forma más de lesión. Puede variar en cuanto al tipo o forma e ir desde un simple rasguño hasta un buen corte, pero siempre que sea sin depresión, «porque entonces es fractura con depresión». La palabra no ha prosperado dentro de la terminología médica, a pesar del gran prestigio de esta obra quirúrgica y de los esfuerzos del autor hipocrático por dar una definición. El término era demasiado vago y fue, en parte, reemplazado por *enkopé* 'incisión'.

parte de delante como en la de detrás—, por ellas no sobreviene la muerte, al menos no es el desenlace natural, ni siquiera si ésta se produce. Y si aparece una sutura en la herida, habiéndose denudado de carne el hueso, en cualquier sitio de la cabeza que ocurra, ésa es la parte más débil para resistirse al golpe y al dardo, si ocurriera que el arma se clavara en la sutura misma [6]; pero de todas, la más débil es si el arma llega al bregma, o sea, a la parte más débil de la cabeza, así como también las suturas, si casualmente llegaran a estar cerca de la herida y el arma las alcanzara a ellas mismas.

El hueso que hay en la cabeza se hiere de los siguientes modos —y de cada uno de los modos son numerosas las formas de fractura en la lesión—. El hueso golpeado se fractura y a la fractura, en el hueso que la rodea, forzosamente sigue contusión, si es que realmente hay fractura. En efecto, cualquier arma que realmente fracture el hueso, ella misma también lo contusiona más o menos y no sólo el sitio donde hace la fractura sino que también los huesos que rodean a la fractura. Ése es un modo [7]. Las formas de las fracturas son variadas; pues hay fracturas más bien finas y muy finas, tanto que no son visibles ni inmediatamente después del golpe ni en los días que podría ofrecerse al hombre ayuda a los sufrimientos y salvación de la muerte [8]. Otras fracturas son más gruesas y más anchas y algu- 4

[6] El interés del autor por precisar todo al máximo, sin dejarse ni el más mínimo detalle, y por no dejar cabos sueltos le lleva a todo tipo de repeticiones y frases anacolúticas. No obstante hay editores que suelen interpretar muchas de esas frases como glosas superfluas. Nuestra edición entiende que *si ocurriera...* es una de ellas.

[7] Es la lesión denominada fractura simple.

[8] El pasaje es oscuro y las soluciones que se le han dado siguen sin ser satisfactorias. Escalígero corrigió la frase *pónōn óphelos génoito toû*

nas son muy anchas. Y de estas últimas unas son más largas y otras más cortas; y unas más bien rectas o muy rectas y otras más bien curvadas o curvas del todo. Y también algo profundas hacia el interior del hueso y atravesándolo de parte a parte [9].

5 El hueso se puede contusionar conservando su constitución natural [10] y a la contusión no se añadiría ninguna fractura en el hueso. Ése es un segundo modo. Las formas de la contusión son numerosas, pues hay mayor o menor contusión, y mayor en profundidad o atravesando el hueso de parte a parte, y menor en profundidad o sin atravesar el hueso del todo, y mayor o menor en anchura y extensión. De ninguna de estas formas es posible reconocer, explorando con la vista, cuál es su forma y cómo es de grande, ya que ni siquiera a la vista se le hace evidente si ha habido contusión o están contusos los huesos o se ha producido daño inmediatamente después de la herida, lo mismo que tampoco (son visibles), cuando se ha fracturado el hueso, algunas de las fracturas que están alejadas [11].

---

thanátou y leyó el participio *ponôn* y *télos génoito toû thanátou*. Littré propone un *kaí* ante *toû thanátou*.

[9] Al final de este pasaje Escalígero señaló la ausencia de un miembro de frase que supone haber sido *kaì hai mèn epipolaióterai*, e. e., «y otras más superficiales». Littré se adhiere a la opinión de que aquí faltaba un término por lo que suple la frase *kaì hêsson batheîai es tò káto, kaì ou dià pantòs toû ostéou* «o menos profundas y sin atravesar el hueso». Nuestra edición pone esa frase final entre corchetes.

[10] *Ménon en têi heoutoû phýsei.* En los escritos hipocráticos *phýsis* designa raramente la naturaleza en general; indica más bien la constitución particular de un ser. En este caso la *phýsis* del hueso es su estructura anatómica. Al comienzo del siguiente capítulo la contusión que lleva consigo la fractura y depresión es definida con las palabras *ek tês phýsios tês heoutoû éso.*

[11] Del lugar en que se ha recibido el golpe en la cabeza.

El hueso se contusiona saliéndose de su ser natural 6
hacia dentro con fracturas —o de lo contrario no habría contusión con depresión—. En efecto, el hueso que está contuso con depresión y el que está roto o fracturado se contusionan con depresión hacia dentro separándose del resto del hueso que permanece en su ser natural y también, de esa manera, a la contusión con depresión se añadiría una fractura. Ése es un tercer modo. El hueso se contusiona con depresión de muchas formas, pues la extensión del hueso contuso puede ser mayor o menor, y se extiende más en profundidad hacia abajo o menos en profundidad y más superficialmente.

Y habiéndose producido una *hedra* de arma en el 7
cráneo, puede haber una fractura además de la *hedra* y entonces a la fractura forzosamente se le añade también una contusión mayor o menor, si es que exactamente se añade fractura, allí donde se hicieron la *hedra* y la fractura, en el hueso que comprende la *hedra* y la fractura. Ése es un cuarto modo. Y puede que la *hedra* presente contusión del hueso en torno a ella, pero que ni a ella ni a la contusión se les añada una fractura por causa del arma. [Ése es un quinto modo] [12]. —Una *hedra* de arma se produce en el cráneo; *hedra* se llama cuando, sin salirse el

[12] En la edición entre corchetes. PÉTREQUIN, que edita este tratado en *Chirurgie d'Hippocrate*, París, 1877-88, ya lo atetizaba. La propia vaguedad de la palabra *hedra* ha debido introducir en el tratado la confusión existente en este capítulo, porque no hay prácticamente duda de que el autor intentó describir cinco tipos de lesión en el cráneo —el mismo GALENO lo asegura, cf. XVIII 2, 672— y los escribas subdividiendo los tipos de *hedra* han llegado hasta siete (cf. cap. 8, nota 14), por más que ningún manuscrito mencione un sexto modo; cf. M. D. LARA, *Estudio sobre la composición en los tratados hipocráticos*, Madrid, 1991, pág. 102, n. 14.

hueso de su ser natural, el arma clavada en el hueso deja una señal evidente en el lugar en que se clavó [13]—. Y en cada modo se dan muchas formas. De la contusión y la fractura, si es que ambas cosas se dan además de la *hedra*, y también aunque sólo esté la contusión, ya se ha dicho que se producen muchas formas, tanto de la contusión como de la fractura. La *hedra* ella por sí sola puede ser más larga o más corta, más curva, más recta o más circular y muchas otras formas que adopta este modo, tales como formas hay de las armas. Ellas (las *hedras)* también van más o menos hacia abajo en profundidad, o son más estrechas y menos estrechas, o más anchas y muy anchas donde ha habido una fisura. Una fisura, en cualquier sitio que se produzca, bien sea a lo largo o a lo ancho del hueso, es una *hedra* si los demás huesos que rodean al corte permanecen en su ser natural y si con la fisura no se contusionan saliéndose fuera de su ser. Así sería contusión con depresión y ya no *hedra*.

8 El hueso recibe el daño en otra parte de la cabeza distinta a donde la persona tiene la herida y el cráneo se ha denudado de carne. Ése es un quinto modo [14]. A este accidente, siempre que ocurra, no podrías prestarle ninguna ayuda [15]. En efecto, si se ha sufrido este daño, ni si-

[13] Este pasaje tiene toda la apariencia de estar desplazado y nuestra edición, que lo deja aquí entre corchetes cuadrados, sin embargo lo traduce encabezando el capítulo.

[14] Es la fractura con contragolpe. Algunos manuscritos leen aquí *ébdomos*, e.e., «ése es un séptimo modo», pero cf. nota 12.

[15] El médico hipocrático acepta con toda modestia y franqueza los límites del arte en aquellos casos que realmente están por encima de la capacidad humana para curar. Este tema verdaderamente fundamental se encuentra en muchas obras hipocráticas, cf. *Articulaciones* 4, *Aforismos* VII 87, *Predicciones* II 12. Esos casos desesperados conviene, no

quiera hay medio de saber en la exploración si el individuo lo ha recibido, ni tampoco en qué parte de su cabeza ha sido.

De entre estos modos de herirse, están abocados a la 9
trepanación la contusión, tanto la que no es perceptible a la vista como la que de alguna manera llega a hacerse visible, y la fractura, tanto la imperceptible a la vista como la que es visible. Además, si habiéndose producido una *hedra* de arma en el cráneo se añaden fractura y contusión a la *hedra,* y también si además de la *hedra* sólo hay contusión y no fractura, igualmente el caso requiere trepanación. El hueso que se contusiona con depresión muy pocas veces necesita trepanación; los huesos cuanto más contusos con depresión y cuanto más fracturados tanto menos necesitan trepanación. Tampoco la *hedra* que se hace sola, sin fractura ni contusión, tampoco ella necesita trepanación y la fisura, si es larga y ancha, tampoco, porque en realidad fisura y *hedra* son una misma cosa.

En primer lugar, hay que examinar al herido observando 10
en qué sitio de la cabeza tiene el golpe, si es en las partes más fuertes o en las más débiles, y comprobar si los pelos en derredor de la herida están cortados por el arma y se han introducido en la herida; y en el caso de que sea así, hay que decir que existe el riesgo de que el hueso esté denudado de carne y haya recibido algún daño por parte del arma. De manera que una vez hecho el examen hay que pronunciarse, sin haber tocado al enfermo y, ya tocándolo, intentar conocer exactamente si el hueso se ha denuda-

obstante que sean señalados e incluso descritos con suma precisión o, de lo contrario, el médico puede llegar a caer en tratamientos inútiles e incurrir en esa falta contra la que previene la conocida máxima «ayudar o no dañar» *(Epid.* I 2, 11), cf. *Tratados Hipocráticos,* V, pág. 63, n. 81 (B. C. G., núm. 126, 1989).

do de carne o no. Si el hueso es perceptible a la vista, está denudado; y si no, hay que explorar con la sonda; y si encuentras que el hueso está denudado de carne y no está sano por causa de la herida, primeramente hay que hacer el reconocimiento de lo que hay en el hueso tratando de ver cuán grande es el daño y qué operación requiere; también hay que preguntar al herido cómo se hizo la herida y de qué tipo fue. Y si no fuera perceptible si el hueso tiene algún daño o no lo tiene, mucho más aún hay que preguntarle, especialmente estando el hueso denudado de carne, cómo se hizo la herida y de qué tipo fue; pues las contusiones y las fracturas que no son visibles en el hueso pero están, primero hay que intentar diagnosticarlas, si el cráneo ha recibido o no alguna de ellas, por la respuesta del herido; luego también hay que probar con el razonamiento y la operación [16], exceptuando el empleo de la sonda; en efecto, la sonda no comprueba si el hueso ha sufrido alguna de esas lesiones y ha quedado dañado, o si no las ha sufrido. Por el contrario, la sonda sí detecta una *hedra* de arma y también si el hueso se ha contusionado saliéndose de su posición natural y con depresión, así como si se ha fracturado violentamente, cosas éstas que, precisamente también perceptibles a los ojos, son posibles de reconocer con la vista.

11 Se fractura el hueso y las fracturas son invisibles y visibles, y se contusiona con contusiones invisibles y lo ha-

---

[16] Hay pruebas de razón y pruebas experimentales. *Lógos* significa sin duda la reflexión hecha sobre las condiciones del accidente y *érgon* la manipulación de la *téchnē* con vistas a obtener una prueba. La experiencia apela a la razón. En estos médicos racionales y que practican una medicina positiva el pensamiento se presenta primero como una especie de instrumento suplementario de observación que permite al conocimiento por los sentidos alcanzar su efecto pleno.

ce saliéndose de su posición natural con depresión, principalmente cuando uno es herido por otro, queriendo éste deliberadamente herir o haciéndolo involuntariamente, cuando el objeto lanzado o el golpe dado, cualquiera de las dos cosas que sea, se produce desde un lugar alto más que cuando es desde el mismo nivel; también si uno sujeta firmemente el arma con la mano, tanto si la arroja como si golpea directamente, y si uno que es más fuerte hiere a uno más débil. De los que al caer se hieren cerca del hueso o incluso el hueso mismo, el que cae desde mucha altura y contra algo muy duro y sin filo tiene riesgo de tener en el cráneo fractura, contusión o contusión con depresión; en cambio al que cae desde un lugar con poco desnivel y sobre algo más bien blando eso le pasa menos a su cráneo o no le pasaría. De las armas que cayendo sobre la cabeza hieren cerca del hueso o el hueso mismo, la que cae desde una gran altura y no desde un mismo nivel, la que es muy dura y al mismo tiempo roma y muy pesada, nada ligera ni puntiaguda y blanda, ésa fracturaría el hueso y lo contusionaría.

Especialmente hay riesgo de que el cráneo haya sufrido esas (lesiones) cuando se den esas circunstancias y el golpe se haya dado en directo y el hueso esté perpendicular al arma, tanto si lo que golpea es agarrado directamente con la mano o es lanzado, como si algo cae sobre el herido o se golpea él solo al caer o se hiere de cualquier otra manera estando el hueso perpendicular al arma. Las armas que pasan rozando oblicuamente al hueso tienen menos posibilidad de fracturarlo, contusionarlo o hacerle una fractura contusa con depresión aunque el hueso esté denudado de carne, —y ni siquiera descarnan el hueso algunas lesiones de los que se han herido de esa manera—. De las armas, las que más fracturan el cráneo haciendo fracturas

visibles y no visibles, lo contusionan o le causan contusión con depresión son las redondas, las de superficie lisa, las de filo limpio, las que no tienen filo, las pesadas y las duras; ésas contusionan la carne, la ponen fofa y la magullan, y las heridas que tales armas producen en la carne, vayan oblicuas o en círculo, son ligeramente cóncavas, más proclives a supurar, son húmedas y les lleva más tiempo mundificarse. En efecto, las carnes contusas y magulladas forzosamente se funden, haciéndose pus. De otra parte, las armas elongadas que van afinándose, puntiagudas y ligeras, lo que hacen es cortar la carne más que contusionarla, y el hueso lo mismo; en él hacen una *hedra* o una fisura —fisura y *hedra* son lo mismo—, pero las tales armas no contusionan el hueso ni lo fracturan ni lo contusionan con depresión.

Ahora bien, además del examen visual personal de lo que te pueda aparecer en el hueso, todas esas cosas hay que preguntarlas, pues ellas son signos de mayor o menor lesión, así como si el herido quedó semiinconsciente y se le hizo todo oscuro o si tuvo vértigo y cayó al suelo.

12 Cuando casualmente ocurre que el hueso ha sido descarnado por el arma y la herida está en las suturas mismas, se hace difícil decir si hay o no hay en el hueso una *hedra* de arma, la cual en todo el resto del cráneo hubiera sido visible, y si por casualidad la *hedra* se ha producido en las suturas mismas. Y es que la sutura misma es engañosa al ser más rugosa que el resto del hueso, y en él no se ve claro qué es sutura suya y qué es *hedra* de arma, a menos que la *hedra* sea muy grande. Por lo general, a una *hedra* que se produce en las suturas se añade también fractura y esa fractura, la del hueso fracturado, es más difícil de diagnosticar por eso mismo, porque, de producirse, la fractura se produce normalmente en la sutura mis-

ma. En efecto, por ahí el hueso está predispuesto a fracturarse y agrietarse a causa de la debilidad de la naturaleza del hueso en esa parte y también por su porosidad, además de por ser la sutura propensa a fracturarse y desunirse. Los demás huesos, los que rodean a la sutura, permanecen intactos porque son más resistentes que la sutura. La fractura que se produce en la sutura también supone un agrietamiento de la sutura y no es fácil decir si procede de una *hedra* de arma que se ha hecho en la sutura, cuando ha habido fractura y grieta, o si se ha fracturado o agrietado como resultado de una contusión del hueso en las suturas [17]; sin embargo, es más difícil de reconocer la fractura que procede de una contusión. En efecto, a la comprensión y a la vista del médico le engañan las propias suturas, que tienen apariencia de fracturas y que son más rugosas que el resto del hueso, cuando no hay fisura fuerte ni se ha agrietado violentamente —fisura y *hedra* son lo mismo—. Ahora bien, si el golpe se ha producido en las suturas y el arma se ha clavado cerca del hueso e incluso en el hueso, conviene que apliques tu reflexión [18] para descubrir qué ha sufrido éste. Porque a partir de armas iguales en tamaño, semejantes y mucho más pequeñas, uno que es herido de igual manera, incluso mucho menos, reci-

---

[17] Sin ninguna explicación por parte de ninguno de los dos, Littré y Withington dan diferente lectura; el primero lee *ráphas* mientras que nuestra edición da *sárkas*. Me ha parecido más convincente por su sentido la lectura de Littré.

[18] *Proséchein tòn noûn* es el típico precepto del médico hipocrático. Con mucha frecuencia se dice que el médico debe saber aplicar su razón; en el *Pronóstico*, cap. 22, el médico «debe aplicar su atención a todos los síntomas» y en *Régimen de las enfermedades agudas* 4 el autor afirma que a él le gusta «prestar su atención a toda la ciencia médica»; cf. también en este mismo volumen *Fract.* 30.

be un daño mucho mayor en el cráneo si el arma le dio en las suturas que si no le dio en ellas.

La mayoría de estos casos hay que trepanarlos, pero no hay que hacerlo en las suturas mismas sino que, si trepanas, debes apartarte y trepanar la zona del hueso próxima.

13 Acerca del tratamiento de las lesiones en la cabeza y cómo hay que intentar descubrir los daños sufridos en el cráneo, los que no son visibles, tengo la siguiente opinión. Una herida [19] en la cabeza no hay que humedecerla con nada, ni con vino, aún menos con cualquier otra cosa [20]; y no hay que aplicar emplasto, ni curar poniendo hilas, ni vendar una herida en la cabeza, a menos que esté en la frente o en la parte desprovista de cabello o en torno a la ceja y el ojo. Las heridas hechas en esa zona requieren más que en ninguna otra parte del resto de la cabeza un emplasto y un vendaje, porque el resto de la cabeza rodea a toda la frente y las heridas se hinchan e inflaman a partir de lo que las rodea, en cualquier sitio que estén, a causa del aflujo de sangre [21]. Pero no hay que aplicar emplasto ni poner la venda todo el tiempo sobre las heridas en la frente, sino que una vez que haya cesado la inflamación y se rebaje la hinchazón hay que dejar de poner emplasto y venda. A una herida en el resto de la cabeza no hay que aplicarle hilas, ni emplastos, ni vendajes a menos que le haga falta una incisión.

---

[19] *Hélkos* es definido por Galeno como «una quiebra de continuidad en las partes blandas». Aquí la herida de que se habla es en el cuero cabelludo.

[20] El comienzo del escrito *Sobre las úlceras* da como norma general que una herida no debe humedecerse si no es con vino.

[21] Cf. el comienzo del cap. 2 de *Sobre las úlceras*.

En las heridas que se hacen en la cabeza, especialmente en la frente, hay que hacer incisión cuando el hueso se haya descarnado y parezca tener alguna lesión producida por el arma; cuando las heridas no sean suficientemente grandes y anchas para dejar ver si el hueso ha sufrido alguna lesión por un arma y qué daño ha sido o cuál es el tamaño de la contusión de la carne y de la lesión del hueso o, en su caso, si el hueso no ha recibido daño del arma y no ha sufrido lesión alguna; y también para el tratamiento, cuando así lo requiera la herida en la carne y la lesión del hueso. Tales son las heridas que necesitan incisión. Y cuando el hueso se haya quedado denudado de carne y la herida sea profunda y en su mayor parte alargada hay que hacer la incisión profundizando hasta donde no es fácil llegar con el medicamento, cualquiera que sea el que necesite; las heridas que son más bien redondas y en su mayor parte hondas también a ésas hay que agrandarlas el círculo de la herida haciendo una doble incisión a lo largo, en el sentido natural del hombre [22].

Al hacer una incisión en la cabeza se puede cortar con seguridad cualquier parte de ella, pero la sien, y aún más arriba de la sien, a lo largo de la vena que pasa por ella, es un sitio en el que no hay que cortar pues al herido le coge una convulsión; y si se le hace la incisión en la sien izquierda, el espasmo le coge el lado derecho y si es en la sien derecha el espasmo le coge el lado izquierdo [23].

---

[22] Es decir, en el sentido en que crece el hombre, de abajo arriba.

[23] Evidentemente no es la incisión la causa de los problemas, como lo cree el médico, sino la propia herida que ha requerido esa incisión. En cualquier caso, lo interesante es esa apreciación sobre el entrecruzamiento o trasvase de los vasos al que atribuye problemas motores que hoy día se explican por el sistema nervioso. Los médicos que describen el entrecruzamiento de vasos son seguramente practicantes que han cons-

14 Así que cuando hagas la incisión en una herida de la cabeza por haberse denudado de carne el hueso y queriendo saber si éste tiene lesión por causa del arma o no la tiene, el tamaño de la herida externa hay que hacerlo tan grande como parezca necesario. Y al cortar hay que separar del cráneo la carne por donde se adhiere a la membrana y al hueso; luego, hay que taponar toda la herida con una compresa de hilas tal como para que al día siguiente te deje la herida lo más ancha posible con el mínimo de dolor. Cuando apliques hilas, durante todo el tiempo que mantengas la compresa, debes utilizar una cataplasma de cebada fina; la masa hazla con vinagre, hiérvela y déjala que se ponga lo más viscosa posible. Al día siguiente, después de quitar la compresa de hilas y examinar qué daño ha sufrido el cráneo, si no te es visible qué tipo de lesión hay en el hueso y si no reconoces si éste tiene o no tiene algún daño en él, pero el proyectil parece haberlo alcanzado y dañado, hay que raspar dentro de él con un raspador tanto en profundidad como a lo ancho en el sentido natural del hombre; y otra vez transversalmente, a causa de las fracturas que no son evidentes a la vista y también por las contusiones no visibles, las que no son con rotura y salida del hueso. En efecto, el raspado prueba bien el daño, en el caso de que no sean visibles de otra manera esas lesiones que hay en el hueso. Y si ves una *hedra* de arma en el hueso, hay que raspar tanto la *hedra* misma como los huesos que están en su entorno, no sea que, como ocurre con frecuencia, a la *hedra* se añada fractura y contusión, o sólo contusión, y luego te pase desapercibida y no la veas.

---

tatado un cambio de lado entre la lesión en la cabeza y los problemas motores correspondientes y que piensan además que la motricidad es una función de los vasos.

Siempre que raspes el hueso con un raspador, si el traumatismo del hueso te parece que requiere trepanación, hay que trepanar y no dejar pasar tres días sin que se le haya trepanado, sino que hay que hacerlo en ese tiempo, especialmente en la estación cálida, en el caso de que hayas aceptado el tratamiento desde el principio.

Y si sospechas que el cráneo está fracturado o contusionado, o ambas cosas, comprobando por las palabras del herido que ha sido fuertemente golpeado y que lo ha sido por alguien más fuerte que el herido, si es que ha sido herido por otro, y que el proyectil con el que se le ha herido era de los peligrosos; y después (si compruebas) que el vértigo y la obscuridad se apoderaron del herido, que se desmayó y cayó al suelo, si las cosas han pasado de esa manera y no reconoces si el hueso se fracturó o está contuso, o ambas cosas, ni observando con la vista puedes verlo, conviene untar el hueso con una solución muy negra y cubrir la herida con el fármaco negro derretido, poniendo sobre ello unas hilas empapadas en aceite. Luego de poner la cataplasma de cebada, hay que vendar y al día siguiente, después de lavar y purificar la herida, raspar. Y si no está sano sino fracturado y contuso, todo el resto del hueso estará blanco después del raspado; sin embargo la fractura y la contusión, una vez derretido el fármaco y recibido en su interior, se verá negra en un hueso que estará todo blanco. Ahora bien, es preciso volver a raspar en profundidad esa fractura que aparece negra y si, raspando, la quitas dejándola invisible, en el hueso lo que ha habido es una contusión, mayor o menor, que fracturó su entorno y produjo la fractura que ha desaparecido bajo el raspador. Menos temible y menor sería el problema derivado de aquélla una vez desaparecida la fractura. En cambio, si al ser rascada en profundidad, la fractu-

ra no quiere desaparecer, tal eventualidad requiere trepanación.

15 Ahora bien, cuando se trepana hay que dar el resto del tratamiento a la herida y vigilar que el hueso no reciba ningún daño de la carne por haber sido mal curada. Y digo esto porque un hueso, tanto si ha sido trepanado como si no lo ha sido pero está descarnado —y no sólo el que está sano sino también el que ha sufrido alguna lesión por un proyectil aunque parezca estar sano—, tiene más riesgo de supurar, si no lo iba a hacer por otra causa, cuando la carne que recubre al hueso está mal curada y si se inflama y estrangula. Porque le da una especie de fiebre y se pone muy inflamada y el hueso atrae hacia sí, desde las partes carnosas que lo rodean, calor, inflamación, irritación, palpitación y todo el daño que tenga en sí la carne, de ahí que el hueso supure. Malo es también que la carne de la herida esté húmeda, macerada y sin purificar durante largo tiempo; así que hay que sacar de la herida el pus lo más rápidamente posible, porque de esa manera no tienen por qué inflamarse las partes que rodean a la herida y pueden estar limpias en seguida, ya que las carnes magulladas y contusas por un golpe de un proyectil se deshacen en líquido y supuran. Y después de que se haya purificado hay que secar la herida, pues así es como la podrás rápidamente sanar al crecer carne seca y no húmeda y también así es como la herida no desarrollará excrecencias carnosas sobre ella. Y lo mismo digo de la membrana que recubre el cerebro. Porque si, cuando trepanas el hueso en seguida y lo retiras de la membrana, dejas ésta descarnada, debes dejarla limpia lo más rápidamente posible y seca, no sea que al estar húmeda durante mucho tiempo se haga fungosa y se hinche. En efecto, si eso ocurre, hay riesgo de que se pudra.

Cuando hay que sacar un hueso separándolo del resto 16
del cráneo, habiéndose producido una herida en la cabeza y habiendo una *hedra* de dardo en el hueso, o si éste se ha descarnado en gran parte, normalmente se desprende después de haberse quedado sin sangre; y eso es porque la sangre se seca fuera del hueso tanto al pasar el tiempo como por la acción de los numerosos fármacos. Podría desprenderse rápido si limpiando lo antes posible la herida desecaras lo demás, herida y hueso, tanto el mayor como el menor. En efecto, el hueso que se deseca pronto y se endurece se desprende mejor del resto del hueso que está lleno de sangre y vivo por eso mismo, porque lo que se desprende es algo que está sin sangre y seco en algo que está lleno de sangre y de vida [24].

Los huesos que se fracturan con contusión y depresión, 17
si están completamente rotos o también si tienen una fisura muy ancha, no tienen demasiado peligro, siempre que la membrana permanezca ilesa; y los rotos en fracturas múltiples y muy anchas son todavía menos peligrosos y

[24] Tenemos aquí un texto que asevera netamente la equivalencia de la sangre y la vida. La declaración que identifica vida con sangre como un principio generalmente admitido, y que no se pone en cuestión, está en el pensamiento más común y los médicos se adhieren a esa opinión. El pasaje es de los más polémicos y no ofrece demasiada seguridad. Escalígero y otros editores omiten la última frase por repetitiva, innecesaria y anacolútica (*aphístatai* requeriría un genitivo y no un dativo). Como ya hemos observado en otros pasajes, se tiende a pensar que son repeticiones o glosas muchas de las detalladísimas precisiones de las que gusta el autor griego. Atendiendo a este rasgo de estilo, mi opinión es que, aunque parezcan repetición, las últimas palabras añaden un aspecto: la explicación del autor a la afirmación hecha de que sea tan fácil que un hueso necrosado se separe del resto de hueso que está vivo. No hay inconveniente en entender *aphístatai* en uso absoluto y el dativo *enaímōi kaì zônti* dependiente de *genómenon*.

son muy fáciles de desprender. Ninguno de ellos tiene que ser trepanado ni hay por qué correr riesgos intentando sacar los fragmentos de hueso antes de que salgan por sí mismos —eso sucede de manera natural al haber cedido en su textura primero [25]—. Se desprenden al crecer bajo ellos la carne. Y su crecimiento se origina en el diplóe del cráneo y de la parte ilesa siempre y cuando sólo se haya esfacelado la tabla superior del hueso. La carne crecería y se desarrollaría y los huesos se desprenderían rápidamente así: si uno dejara limpia la herida haciéndola supurar cuanto antes. Y si son las dos tablas del hueso, la superior y la inferior, las que se contusionan y fracturan de parte a parte hasta la membrana, con el mismo tipo de cura rápidamente la herida estará sana y en seguida saldrán fuera los fragmentos de hueso contusionados con depresión.

18 Los huesos de los niños son más finos y más blandos por esto, porque están más llenos de sangre, son huecos, esponjosos y no son densos ni duros [26]. Cuando sufren

---

[25] Todos los editores y traductores tienden a corregir este pasaje al que se considera corrupto. Littré varía la versión de los códices cambiando *eikós* por *oidéos* y entendiendo «al haberse rebajado previamente la tumefacción». Nuestra edición lee estrictamente lo que traen los manuscritos *eikós prôton chalásantos*, y mi traducción responde a esa lectura.

[26] Las consideraciones sobre la influencia de la edad en la cantidad de sangre en los vasos son muy frecuentes y variadas en los tratados hipocráticos. Aquí, los niños tienen más sangre que los adultos. En general la idea es que la sangre no cesa de disminuir a medida que avanza la edad, cf. *Las enfermedades de las mujeres* II 111. La idea es muy antigua: el médico hipocrático no ha hecho más que dar un aire científico a la vieja creencia de que el agua es vida. Era la doctrina de Tales según el testimonio de Simplicio. Morir de vejez es morir de sequedad. Esta idea tan corriente y extendida tanto en el pensamiento común como en el científico está en pleno vigor en tiempos de ARISTÓTELES, como se puede ver en su *Historia de los animales* III 19. Más indicaciones en

una herida, igual e incluso menor, de armas que son iguales e incluso más ligeras, los huesos del niño más pequeño supuran más y más rápidamente que los del mayor, y también durante menos tiempo. Y cuando de todas formas han de morir a consecuencia de un golpe, el más joven muere antes que el mayor.

Ahora bien, si el hueso queda descarnado, hay que intentar descubrir, aplicando la reflexión, cualquier cosa que no sea posible percibir con la vista, y reconocer si el hueso está fracturado y contuso o sólo contuso y si, habiendo una *hedra* de dardo, a ella se añade contusión o fractura o ambas cosas. Y si el cráneo ha sufrido alguna de esas cosas, haz una extracción de sangre perforando el hueso con un pequeño trépano, vigilándolo de cuando en cuando [27], porque el hueso del cráneo de los jóvenes tiene menos grosor que el de los mayores.

Quien a consecuencia de una herida en la cabeza va 19
a morir y no hay posibilidad ni de curarle ni de salvarle, por los signos que siguen hay que reconocer al que va a morir y hay que predecir qué va a ocurrir; pues pasa lo siguiente. Cuando uno, habiendo advertido que un hueso está partido, roto o contusionado, o cualquiera que sea el tipo de herida, comete una equivocación y no raspa ni trepana en la idea de que no le hace falta y como si el hueso estuviera ileso, sobrevendrá fiebre generalmente antes de catorce días en invierno, mientras que en el verano

---

M. P. Duminil, *Le sang, les vaisseaux, le coeur dans la collection hippocratique*, París, 1983, pág. 210.

[27] *Trýpanon* es el trépano perforador distinto del llamado *príon*, trépano a corona que serraba el hueso y parece haber sido el más usado. La indicación de vigilarlo constantemente tiene como finalidad el no llegar a perforar totalmente el hueso para evitar alcanzar la membrana; cf. el capítulo 21 en el que el consejo es más explícito.

la fiebre coge pasados siete días. Cuando sucede eso, la herida se pone lívida, por ella sale un poco de icor [28] y a partir de ahí la inflamación se extingue; además se pone húmeda y su aspecto es como el de un pescado en salazón, color rojizo y ligeramente lívido. En ese momento el hueso comienza a esfacelarse y, siendo blanco, se pone lívido para terminar por quedarse amarillento o completamente blanco. Cuando ya está purulento, salen llagas en la lengua y (el herido) termina desvariando: a la mayoría les cogen convulsiones en un lado u otro del cuerpo. Si es en el lado izquierdo de la cabeza donde tiene la herida, la convulsión le cogerá al lado derecho del cuerpo y si la herida la tiene en el lado derecho de la cabeza, la convulsión será en el lado izquierdo del cuerpo. Hay quienes se quedan apopléjicos y de esa manera mueren, antes de siete días si es en verano o de catorce si es en invierno. Estos síntomas tienen igual significado tanto si el herido es mayor como si es joven.

Ahora bien, si adviertes la fiebre cuando está empezando y a ella se añade alguno de los otros signos, no pierdas tiempo y trepana el hueso en dirección a la membrana o ráspalo bien con un raspador —el hueso resulta fácil de serrar y de raspar—, a continuación haz el resto de la cura de la manera que te parezca conveniente, atento a lo que va sucediendo.

20 Cuando después de una herida en la cabeza, a un hombre trepanado o no, pero con el hueso descarnado, le aparece una hinchazón roja y erisipelatosa en la cara,

[28] El icor es en la *Ilíada* un líquido orgánico estrechamente ligado a la idea de la inmortalidad y por tanto lo tienen los dioses en contraste con la sangre de los hombres. En el *Corpus* es un líquido nocivo que, como en este caso, revela la ausencia de curación anunciando la persistencia de un mal que se creía ya curado.

y en ambos ojos, o en uno sólo de ellos, hinchazón que le duele si se le toca; si además le sobreviene fiebre y escalofrío pero la herida en sí, la de la carne y la del hueso, tiene buen aspecto y también se ven bien las partes de alrededor de la herida y, salvo la hinchazón en la cara, ésta no acusa ningún otro error por causa de su dieta, a ese hombre hay que limpiarle la cavidad baja con un fármaco que evacúe la bilis. Así limpiado, la fiebre se va, la hinchazón desaparece y se pone sano. Hay que darle el fármaco observando, con relación a la fuerza del individuo, cómo está éste de vigor.

Acerca de la trepanación, cuando se imponga la nece- 21
sidad de trepanar a un hombre, hay que conocer lo que sigue. Si trepanas habiendo tomado a tu cargo el tratamiento desde el principio, no debes perforar totalmente el hueso de una vez hasta la membrana, pues no conviene que la membrana esté denudada de hueso sufriendo daño durante mucho tiempo, de ser así termina poniéndose fungosa. Hay además otro peligro si desprendes el hueso trepanando inmediatamente hasta la membrana, y es el de herir la membrana con el trépano [29] durante la operación. Por el contrario, en la trepanación conviene, cuando falte muy poco para perforar el hueso del todo y ya se mueva éste, cesar de trepanar y dejar que el hueso salga por sí solo. Porque a un hueso trepanado que se deja sin perforar hasta el final no le sucedería ningún daño supuesto que la parte que queda es ya fina. El resto de la cura hay que hacerla como te parezca que conviene a la herida.

Al trepanar hay que sacar a menudo el trépano del hueso por causa del calor y sumergirlo en agua fría. En efecto, recalentado el trépano por estar girando, él a su vez calien-

[29] Éste es el llamado *príon*, cf. n. 27.

ta y reseca el hueso cauterizándolo y hace que salga mayor cantidad de hueso de la parte que está en el área de la trepanación que la que se iba a quitar. Y si es que quieres llevar la trepanación hasta el final de una sola vez hasta la membrana y luego retirar el hueso, de igual manera hay que sacar a menudo el trépano y sumergirlo en agua fría.

Si no tomas a tu cargo la cura desde el principio, sino que la recibes de otro llegando tarde al tratamiento, hay que trepanar de inmediato el hueso hasta la membrana con un trépano dentado y, retirándolo a menudo, se debe observar con ayuda de una sonda, o con cualquier otro medio, el recorrido completo de éste. Y esto es porque el hueso se perfora mucho más deprisa si lo trepanas estando ya un poco purulento o lleno de pus; además, frecuentemente uno se encuentra con que el hueso no tiene profundidad, sobre todo si el golpe ha sido por esa parte de la cabeza en la que el hueso resulta ser más fino que grueso. Así que hay que vigilar que nada se te oculte al aplicar el trépano, sino más bien fijar éste siempre allí donde el hueso parezca tener mayor grosor, mirándolo muy a menudo, e ir probando a remover el hueso hasta que salte; una vez retirado hay que curar lo demás como parezca convenir a la herida [30].

Y, habiendo tomado a tu cargo la cura desde un principio, si después de trepanar todo el hueso quieres en seguida separarlo de la membrana, igualmente debes examinar a menudo con la sonda el recorrido del trépano y fijar siempre éste en la parte más gruesa del hueso e intentar, removiéndolo, hacerlo saltar. Si utilizas un taladrador, no

[30] En este punto nuestra edición continúa con una frase que da entre corchetes: *pròs tò ginómenon oréōn,* e. e., «atendiendo a lo que ha sucedido».

llegues hasta la membrana si perforas cuando has cogido el tratamiento desde el principio, sino más bien deja una parte fina de hueso a la manera que se ha descrito en la trepanación.

SOBRE EL DISPENSARIO MÉDICO

(Perì tôn kat'iētreîon)

INTRODUCCIÓN

La Escuela médica de Cos, de la que procede este pequeño tratado, surge, al igual que la de Cnido, y seguramente no por casualidad, junto a las costas del Asia Menor, donde jonios y dorios coincidieron y entraron en contacto con otras culturas. De especial trascendencia tuvo que ser, en lo que respecta a este tratado que versa principalmente sobre vendajes, la información procedente de la cultura egipcia, poseedora, más de mil años antes del nacimiento de Hipócrates, de una cirugía semicientífica, como se desprende de la transcripción del *Papiro «Edwin Smith»*, que data del siglo XVII antes de nuestra era. En él se describen 48 casos de cirugía, cada uno con reconocimiento, diagnosis y tratamiento, de los que 40 se declaran incurables, en 9 no se prescribe tratamiento, y en uno de ellos se menciona un hechizo. Los materiales y los métodos de vendaje probablemente los aprendieron los griegos de los egipcios, pero el tratamiento específico de fracturas y dislocaciones, con un método científico y ausencia total de elementos mágicos, no cabe duda de que es un desarrollo puramente griego.

El tratado *Sobre el dispensario médico (Off.)* [1] que nos ha llegado responde a un tipo de tratado quirúrgico como

---

[1] El nombre del tratado en griego es *Perì tôn kat' iētreîon,* esto es, *Sobre lo que se requiere en un dispensario.* Aunque por la tradición lati-

los que también escribieron Diocles, Filótimo y Mantias [2], según nos informa Galeno en la introducción a su extenso comentario en tres libros a esta obrita hipocrática [3], que carece de encabezamiento y tiene el aspecto de una colección de notas tomadas de forma más o menos apresurada, con la intención, creemos, de recordar a los cirujanos expertos y en activo cuáles son los métodos correctos de aplicación de vendas, más que con la de enseñar a jóvenes inexpertos aún en el *arte*, en la *téchnē iētriké*. En conjunto, resulta una mezcla curiosa de notas breves y repeticiones, con un texto a veces complejo y obscuro, para cuya costosa comprensión, según el mismo Galeno, más habría que recurrir a la adivinación que a la sabiduría (Gal., XVIII, 2, 715.8 K.). En él se describe la actitud que debe tener el médico al examinar al paciente, las condiciones en que debe operar, aplicar su *téchnē*, dentro de una estricta normativa muy formalizada que nos hace pensar en la existencia de una auténtica gimnástica quirúrgica en que esa formalización de posturas y ademanes varios se pone al servicio de una cirugía precisa; así, este pequeño tratado que nos ocupa expresa de manera sintética reglas técnicas diseminadas en otros tratados.

Quizá por mor de su dificultad, atrajo desde antiguo la atención de los comentaristas, desde Baquio, que vivió en el siglo III antes de nuestra era, hasta el mismo Galeno. Casi todos lo consideraban genuinamente hipocrático, pero Galeno sugiere que no fue escrito con vistas a publicarse,

---

na suele llamarse a este tratado *La oficina del médico (De officina medici)*, he preferido el término *Dispensario* frente al de *Oficina* por las especiales connotaciones que esta palabra ha adquirido en el mundo moderno.

[2] GAL., XVIII, 2, 629 K.

[3] GAL., XVIII, 2, 629-925 K.

y que en principio lo divulgó Tésalo, hijo de Hipócrates, médico asclepíada como él, quien para algunos fue en realidad su autor [4]. Presenta conexiones muy peculiares con otros tratados de la Colección, especialmente con *Fracturas* e *Instrumentos de reducción (Mochl.).* Con respecto al primero *(Fract.),* parece derivar de él, pero curiosamente contiene un pasaje imprescindible para la comprensión de *Fract.* 4, donde se alude a cierta cantidad de vendajes explicitada en *Sobre el dispensario médico (Off.)* 12. Según Littré [5], *Off.* sería un *canevas* o esquema previo para una obra más extensa luego perdida, aunque parte de ella sobrevive fragmentariamente en *Fract.* Según Withington [6], de una obra primitiva de Hipócrates, *Perí tôn kat' iētreîon,* se hizo un compendio, cuyo prefacio sería nuestro *Off.;* este supuesto antiguo tratado empezaría con el primer capítulo de *Instrumentos de reducción,* seguido de la parte más antigua de *Sobre la naturaleza de los huesos.* Los tratados que hoy llamamos *Fracturas* y *Articulaciones* serían importantes fragmentos de esta gran obra de Hipócrates cuya introducción, hoy perdida, incluiría el pasaje ahora existente en *Off.* que ilustra *Fract.* 4. Quizás Hipócrates escribió también un tratado original «Sobre huesos y vasos sanguíneos» del que una parte de *Sobre la naturaleza de los huesos* que nos ha llegado sería un compendio. Los dos importantes tratados quirúrgicos de Hipócrates llegaron ya fragmentados y en una forma parecida a la actual a la antigua Biblioteca de Alejandría. Hay también, desde el punto de vista de la lengua, ciertos usos y construcciones características que relacionan entre sí dichos tratados, bien sólo en parte, bien al completo, y Withington

---

[4] GAL., XVIII, 2, 666 K.

[5] E. LITTRÉ, *Hippocrate,* III, 2, pág. 267.

[6] E. T. WITHINGTON, *Hippocrates,* III, pág. 56.

concluye que del antiguo tratado sobre huesos y su cirugía, del que sólo nos han llegado fragmentos, resúmenes y colecciones de notas o *memoranda*, nuestro *Dispensario* podría ser el comienzo, *Instrumentos de reducción* el final, y las frecuentes duplicaciones se deberían a una mezcla imperfecta de ambos.

Para la presente traducción he seguido la edición de E. T. Withington, *Hippocrates*, III, en la Colección de Clásicos Loeb, habiendo manejado también profusamente la edición de Littré, *Hippocrate*, III, 2, 267 y sigs. y el comentario de Galeno (Gal., XVIII, 2, 629-925 K.).

Para información sobre antiguos tipos de vendaje y la tradición manuscrita, véase la introducción a *Fracturas y Articulaciones*.

NOTA TEXTUAL

Se señalan a continuación los pasajes en los que no se ha seguido el texto de Withington:

PASAJES	TEXTO DE WITHINGTON	TEXTO ADOPTADO
9	ἐφ' [ἑκάτερα] ὅπερ ὅμοιον ἐς τὸ μόνιμον	ἐφ' ὅμοιον ἐς τὸ μόνιμον (LITTRÉ)
11	ὧν δὲ ἂν [μὴ] ἀποστῇ, τἀναντία	ὧν δὲ ἂν ἀποστῇ τἀναντία (GALENO)
25	ὑποτιθέναι οὖν [εἴριον] μαλθακόν	ὑποτιθέναι οὖν μαλθακόν τι (LITTRÉ)

HELENA TORRES HUERTAS

SOBRE EL DISPENSARIO MÉDICO

(Reconocimiento: observar en el paciente) qué cosas son similares o distintas de lo normal desde el principio, partiendo de las más notables, de las más fáciles, de las que se conocen por la observación completa y enteramente, que son de ver, de tocar y de oír; que son perceptibles por la vista, por la palpación, por el oído, por la nariz, por la lengua y por el conocimiento; que son cognoscibles por todas las fuentes de conocimiento que tenemos. 1

Lo necesario para la cirugía en el dispensario: el paciente, el cirujano, los ayudantes, el instrumental, la luz, dónde y cómo; qué cosas, con cuántas, cómo y cuándo; el cuerpo, los instrumentos para izar; el tiempo, el modo, el lugar [1]. 2

El cirujano, sea sentado o sea de pie, convenientemente orientado con relación a él mismo, a la parte a operar, a la luz. 3

De luz ciertamente hay dos clases, la natural y la artificial; la ordinaria no está en nuestras manos, pero la artificial está en nuestras manos; de cada una de ellas son dobles los usos, o bien en dirección a la luz o bien bajo la

[1] Según Galeno, se refiere a la parte afectada.

luz [2]. Bajo el foco de luz la utilidad es pequeña y la cantidad apropiada es evidente, y en cuanto a la luz directa, dirigir lo que se opera hacia el más luminoso de entre los focos disponibles, de entre los que convengan, excepto lo que debe estar oculto o es indecente mirar, y así, por una parte, lo que se opera frente a la luz, y por otra el cirujano frente a lo operado, pero no como para darle sombra; en efecto, de esta manera puede ver el que opera, pero no se expone a la luz la parte tratada.

Posición del cirujano con respecto a sí mismo [3]: sentado, con los pies hacia adelante en línea recta con las rodillas; a distancia, dejando un poco; las rodillas, un poco más elevadas que las ingles, y distanciadas según la posición y yuxtaposición de los codos [4]. El manto, de manera bien ceñida, bien dispuesta, igual, semejante en codos y hombros.

Posición con respecto a la parte a intervenir: considerar el límite de alejamiento y de proximidad, arriba y abajo, a cada lado y en la mitad. El límite de alejamiento y de proximidad es que los codos no pasen por delante de las rodillas ni por detrás de los costados; el límite superior es que los extremos de las manos no estén más arriba del pecho; y el límite inferior, tener los extremos de las manos en ángulo recto con los brazos, sin que estén más abajo que el pecho sobre las rodillas. Eso es así en posición intermedia. En las posiciones laterales, sin salirse del asiento, avanzando el cuerpo y la parte del cuerpo que está trabajando en proporción a la torsión.

---

[2] Es decir, luz directa o luz oblicua.

[3] El cirujano, llamado en la frase anterior *ho drôn* 'el actuante'.

[4] Es decir, la distancia entre las rodillas debe ser tal que puedan servir de apoyo y dejar espacio libre a los codos.

Si está en pie, que haga el reconocimiento firmemente apoyado por igual en ambos pies, pero que opere apoyado en uno de los dos [5], que no sea el que corresponde a la mano que interviene; la altura de las rodillas en relación con las ingles, como en un asiento; y con respecto a los demás límites lo mismo.

El paciente intervenido, que ayude al que interviene con la otra parte de su cuerpo, ya sea de pie, sentado o tumbado, de modo que pueda continuar manteniendo lo más fácilmente posible la postura que sea menester, evitando un derrame, un depósito, un desplazamiento, una caída [6], a fin de preservar lo que se deba, tanto la posición como la forma de la parte intervenida, en la presentación, en la operación, en el estado posterior [7].

Las uñas que no sobresalgan ni dejen tampoco al des- 4
cubierto las puntas de los dedos; en la práctica, ejercer con las puntas de los dedos, la mayor parte de las veces con el índice opuesto al pulgar, con toda la mano vuelta hacia abajo [8] y con ambas manos opuestas. Buena disposición de los dedos: el espacio interdigital que sea amplio, y el pulgar opuesto al índice. Pero hay una enfermedad por la que se entorpecen en aquéllos en quienes, de nacimiento o en la crianza, el pulgar acostumbra a cubrirse por los demás dedos de manera evidente. Practicar todas las operaciones actuando con cada mano y con las dos a

[5] El otro pie se apoya en un pequeño escabel, como en *Fract.* 8 y GAL., XVIII, 2, 700 K.

[6] *Katantía* puede interpretarse como «caída hacia abajo de algo que cuelga», como «descorrimiento», pero la interpretación es difícil, ya que se trata de un *hápax legómenon* o palabra usada una sola vez.

[7] Para Withington esta precisión sólo puede entenderse después de haber leído *Fract.*

[8] Es decir, en pronación.

la vez —pues una y otra son iguales—, buscando actuar bien, de forma pulcra [9], rápida, indolora, bien temperada, diestra.

5 En cuanto al instrumental, se hablará del cuándo y el cómo. Puesto que se necesita que no sea un obstáculo para el trabajo y que no esté fuera del alcance, que se localice junto a la parte del cuerpo que está trabajando; pero, si lo proporciona otro, que esté listo con un poco de antelación, y que te lo dé cuando se lo mandes.

6 Los que se ocupan del paciente, que presenten la parte a intervenir, según sea ordenado; que sujeten el resto del cuerpo de modo que el conjunto no se mueva, permaneciendo en silencio, obedeciendo a su superior.

7 Hay dos clases de vendaje: terminado y en aplicación. El vendaje en aplicación (que lo sea) de modo rápido, indoloro, con soltura y habilidad; con rapidez, para llevar a cabo la operación; sin dolor, para operar más fácilmente; con soltura, con buena disposición para todo, y con habilidad para que resulte agradable a la vista. Está dicho por medio de qué ejercicios (se consigue) eso. Sobre el vendaje terminado (que sea) bueno y de buen aspecto; de buen aspecto, es decir, simple, bien distribuido [10]; si los bordes son iguales y semejantes, de manera igual y repartida; si los bordes son desiguales y disímiles, de una manera desigual y distinta. Los tipos son: el vendaje simple (circular) [11], el oblicuo [12], el muy oblicuo, el ojo, el rombo y

[9] En griego *agathôs* y *kalôs*, 'de forma hermosa y buena', el ideal perfecto, aplicado tanto a personas como a realizaciones humanas.

[10] Es decir, sin pliegues.

[11] La explicación de que el vendaje simple es el circular fue introducida ya por Artemidoro y Dioscórides. Véase Gal., XVIII, 2, 729.

[12] El vendaje *sképarnon* 'oblicuo' es en forma de doladeras o azuelas más o menos separadas.

el medio rombo. El tipo de vendaje, que se adapte a la forma y a la afección de la parte vendada.

«Bien vendado» tiene dos aspectos sobre la parte ven- 8
dada: por un lado, el de la fuerza, o bien por presión o bien por número de vendas. Por un lado, en efecto, el vendaje tiene efectos curativos, y, por otro, ayuda a los agentes curativos. Y precisamente para esto he aquí la normativa; entre las siguientes cosas están también las más importantes sobre el vendaje: la presión, de modo que las vendas no queden flojas ni estén muy apretadas, sino que queden justas, pero sin apretar, por cierto, menos, en las partes que están lejos de la lesión, y menos aún en las partes centrales. Nudo y costura [13], distribuidos no hacia abajo sino hacia arriba, en la posición en que el paciente presenta la parte al médico, en la postura, en el vendaje y en la presión. Aplicar los cabos de la venda no sobre la herida, sino allí donde va el nudo. Y el nudo, ni en lugar de fricción ni en lugar de movimiento, y tampoco donde no haga falta, de modo que no estará puesto inútilmente. Nudo y costura, suaves, sin ser de gran tamaño.

Bien está saber que todo vendaje se suelta junto a las 9
partes en declive y en disminución, como la parte de arriba de la cabeza y la parte de abajo de la pierna. Véndese la parte derecha hacia la izquierda, y la parte izquierda hacia la derecha, excepto la cabeza; ésa, vendarla verticalmente [14]. Las partes con caras opuestas [15], con vendas de

[13] Conviene recordar que en la Antigüedad no se usaban alfileres, por lo que la terminación del vendaje debía hacerse a base de aguja e hilo.

[14] Del vértice a la barbilla, según Galeno.

[15] *Tà hypenantía* 'partes directamente opuestas', como frente y nuca, pecho y espalda, pueden vendarse o bien aplicando la parte central de la venda y juntando los dos extremos, o bien usando una venda de dos

dos cabos; si es de uno solo, procédase de forma similar hacia la parte en que la venda quede sujeta, como por ejemplo la mitad de la cabeza, o cualquier otra similar. En cuanto a las partes que se mueven, como las articulaciones, allí donde se contraen, rodéense con muy pocas vendas y muy estrechas, como por ejemplo en la corva; y allí donde se distienden, vendas simples y anchas, como por ejemplo en la rótula. Dar vueltas adicionales para mantener lo que está situado alrededor de estas partes y para sujetar el vendaje en su totalidad por las partes del cuerpo que no se mueven y que son más planas, como lo de arriba y lo de abajo de la rodilla. En el caso del hombro, está indicada la vuelta alrededor de la axila opuesta; en el de la ingle, la vuelta alrededor del flanco contrario, y, en el caso de la pierna, la vuelta por encima de la pantorrilla. En aquellos lugares donde el vendaje se suelta por arriba, hay que apretarlo por abajo, y viceversa. En los sitios como la cabeza, donde es imposible hacer las sujeciones del vendaje en la parte más nivelada, usar lo menos posible el vendaje oblicuo, en la idea de que la última vuelta, la más fija, sujete las anteriores que son menos estables. En las partes donde no es fácil conseguir una buena fijación o un buen apoyo para los lienzos, hacer soportes por medio de costuras por la envoltura exterior o por la juntura.

10 Las vendas (que sean) limpias, ligeras, suaves, delgadas. Enrollar con ambas manos a la vez, y ejercitarse también con cada una por separado. Usar la que sea indicada [16]

cabos. Según el comentario de Galeno, el término es ambiguo, y puede tratarse de partes contrapuestas de la cabeza o en general de todo el cuerpo.

[16] Podría pensarse que se refiere a la mano, pero el comentario de Galeno indica que se refiere al tipo de venda: «Hipócrates recomienda determinar el vendaje que conviene a las partes considerando su anchura y espesor».

juzgando por la anchura y espesor de las partes en cuestión. Las cabezas [17] del rollo de venda deben ser resistentes, regulares y sin arrugas. Lo que está ya a punto de desprenderse, está bien cuando se desprende pronto [18]. Y lo dicho: que no aprieten ni se caigan.

Se sigue sobre qué vendaje aplicar: el que va sobre 11
una compresa *(epídesis)*, el que va por debajo de la compresa *(hypódesis)*, o ambos; el que va bajo la compresa sirve para acercar lo que está separado, para juntar los bordes abiertos de dentro a afuera de las heridas, para separar los bordes de lo que se ha juntado, para enderezar lo que se ha partido, y viceversa. La preparación es la siguiente: vendas ligeras, delgadas, suaves, limpias, anchas, que no tengan costuras ni bordes, en buenas condiciones como para soportar una tensión y ofrecer incluso un poco más de resistencia; no en seco, sino humedecidas con el líquido que convenga en cada caso. En cuanto a lo que se haya separado [19], juntar hasta que las paredes toquen el fondo [20], pero sin apretar; empezar por la parte sana y terminar por el lugar donde esté la abertura [21], de modo que el líquido que está por debajo sea expulsado y no se

[17] *Kephalaí* en griego, 'cabezas', según Galeno, se refiere tanto a los cabos como a los bordes de la venda.

[18] Pasaje discutidísimo de difícil interpretación, que demuestra en qué mal estado nos ha llegado este tratado hipocrático no sólo a nosotros, sino también a Galeno, que lo estudió y comentó en el siglo II de nuestra era y afirma no comprender el sentido de esta frase, si se refiere a medicamentos (apósitos, tinturas, etc.), tejidos gangrenados que se desprenden, o vendajes mismos, aunque esta última posibilidad no es aceptada por Galeno.

[19] El *sinus*, un absceso superficial abierto y supurante.

[20] En griego jónico *hédrē* 'asiento', se refiere a la parte sana.

[21] Es decir, la herida abierta.

acumule encima otra vez. Vendar las heridas verticales en sentido vertical, y las oblicuas en el oblicuo, en posición indolora en que no haya ni compresión ni laxitud alguna, con cuyo cambio de posición, sea para poner el miembro en cabestrillo o para una fijación, los músculos, vasos, ligamentos y huesos no cambien de sitio, sino que mantengan su posición normal [con la que están mejor dispuestos y conformados] [22]. Dejar la parte, puesta en cabestrillo o bien en reposo, en posición indolora y natural; donde haya un *sinus* en formación, al contrario; donde haya una herida abierta, acercar los bordes, igual que en los otros casos; es necesario comenzar la juntura a una buena distancia, y ejercer una presión gradual, al principio menos, incrementándola después, siendo su límite principalmente la toma de contacto; en los casos en que haya que separar lo que está adherido, si hay inflamación hacer lo contrario; si no la hubiera, utilizar el mismo sistema, pero con la venda en sentido contrario. Para poner derecho lo que está torcido, actuar de la misma manera; pues lo que está vuelto hacia afuera hay que remeterlo [y lo que está vuelto hacia dentro hay que sacarlo] [23] por medio del vendaje, de substancias aglutinantes, de la suspensión, de la posición; en cuanto a las lesiones de signo contrario, actuar al revés.

12 (En las fracturas) se emplean compresas cuyos tamaños, anchuras, espesores y cantidades (hay que considerar) [24]. El tamaño, que se corresponda con el vendaje; la anchura, de tres o cuatro dedos; el espesor, de tres o cuatro capas;

---

[22] La frase entre corchetes aparecía en el texto leído por Galeno, pero no en nuestros códices.

[23] No en todos los códices.

[24] No en el texto, que presenta frecuentes anacolutos.

el número, que no sobre ni falte al dar vueltas vendando; en las vendas que están destinadas a un enderezamiento, la largura bastante como para dar la vuelta; para determinar el espesor y la anchura, basarse en los huecos, no rellenándolos de golpe.

De entre las vendas de hilo, las que van por debajo de las compresas [25] son de dos tipos: en el primero, partiendo del *sinus* o lugar de la lesión, se terminará de vendar en lo alto; en el segundo, partiendo del *sinus* hacia la parte de abajo, se terminará en el sentido de abajo a arriba, presionando especialmente la zona del *sinus* y menos en los extremos, y en los demás sitios en proporción. Y que el vendaje se apoye mucho en la parte sana.

Cantidad, longitud y anchura de las vendas que se ponen por encima de las compresas *(epídesmoi):* la cantidad que no sea inferior a lo que requiera el *sinus,* y que no haya opresión en las tablillas, ni molestia, ni deslizamiento alrededor, ni relajación; y en cuanto a la longitud y a la anchura, la longitud de tres, cuatro, cinco o seis codos [26], y la misma cantidad de dedos [27] para la anchura; vueltas de venda, tantas como para que no apriete, y suaves, no gordas; todo eso en longitud, anchura y espesor, según la parte afectada.

Las tablillas suaves, uniformes, redondeadas y en disminución hacia los extremos, un poco más cortas en ambos extremos del vendaje, y más gordas allí donde haga

---

[25] *Hypodesmídes:* la división hipocrática entre estas vendas aplicadas directamente sobre la piel y bajo las compresas, y las que van por encima de las mismas, no sobrevivió.

[26] El *péchys* o codo (latín *cubitus* o *ulna),* equivalía a veinticuatro *dáktyloi* 'dedos', más o menos cuarenta y cuatro centímetros.

[27] Cada *dáktylos* 'dedo' medía aproximadamente 1,85 cms.

prominencia la fractura. En los sitios que son prominentes y descarnados por naturaleza, hay que tener cuidado con las hinchazones, como las que se presentan en dedos o en tobillos, tanto al colocarlas (las tablillas) como al acortarlas. Sujetar con vendas, no apretar; al principio, rodéense con un cerato [28] suave, fluido y limpio.

13 Temperatura del agua, cantidad: sobre la temperatura, verter (un poco de líquido) en la propia mano, y sobre la cantidad lo mejor es echar abundantemente, sea para relajar o para disminuir el volumen; para formar carne o para ablandarla, usar (agua) con moderación; la medida de la irrigación es hacerla cesar cuando aún la zona se está levantando, antes de que vuelva a bajar; pues al principio se hincha y después disminuye de volumen.

14 Posición [29]: relajada, regular, recostada hacia arriba para las partes del cuerpo que sean prominentes, como el talón o la cadera, de modo que ni se doble hacia atrás (ni se curve) [30], ni se distorsione; el entablillado, sobre la pierna completa mejor que a la mitad. Con vistas a la afección, conviene considerar también las desventajas que por lo demás implica este método.

15 Presentación, extensión, compostura y demás (hay que hacerlo) conforme a la naturaleza. En efecto, es la naturaleza la que en los trabajos, en la práctica de los trabajos,

[28] En griego *kerōtḗ,* mezcla de cera y aceite con otros ingredientes, pero sin resinas, más dura que el ungüento pero menos que el emplasto. El cerato simple es a base de aceite y cera; el cerato de Galeno lleva también agua de rosas, y el llamado de Saturno lleva los mismos ingredientes que el anterior más extracto de Saturno (subacetato de plomo líquido). También podía hacerse con vino, como dice Dioscórides (I 109; II 110), y usarse como cosmético (Aristófanes, *Fr.* 320, 1).

[29] Se entiende que permanente.

[30] No figura en el texto de Galeno.

hay que valorar (teniendo en cuenta, intentando averiguar) qué es lo que requiere. Para eso (hay que empezar observando), la parte que está en reposo, la que se encuentra en estado normal, y la que está en actitud habitual. De la actitud, en reposo y en relajación, observar atentamente las direcciones exactas, como por ejemplo, la del antebrazo; del cuerpo en estado normal (comprobar) extensión y flexión, como la flexión casi rectangular del antebrazo sobre el brazo; de la postura habitual, deducir que hay posturas más fáciles de mantener que otras, como la extensión en las piernas. En efecto, teniendo en cuenta esas posiciones, el paciente puede mantener la postura más tiempo con mayor facilidad, si no las cambia. Pero en el cambio a partir de la extensión [31], se mantienen más proporcionadamente, en levantamiento o en reposo, los músculos, los vasos sanguíneos, los tendones y los huesos, siendo un cambio con el cual resultan (las partes) muy bien colocadas y dispuestas.

La extensión debe ser del tipo más fuerte en las partes **16**
más grandes y más anchas, y cuando las dos partes [32] están rotas; menos fuerte cuando es el hueso inferior el que se ha roto, y menos aún cuando es el superior. Más allá de la medida resulta nocivo, excepto en los niños; poner la parte ligeramente hacia arriba. Como modelo de rectificación correcta (tómese) lo homónimo [33], lo correspondiente [34], lo similar, la parte sana.

Una friega puede relajar, fundir, encarnecer, adelgazar; **17**
una fricción seca funde las carnes, una fricción suave rela-

[31] Se refiere a la extensión practicada por el médico.

[32] Se refiere a los huesos del brazo.

[33] Es decir, lo que se llama igual y está sano, por ejemplo el otro brazo, la otra pierna, etc.

[34] Galeno dice *tò homózygon* «lo que está unido de la misma manera» en la misma persona.

ja, una fricción frecuente adelgaza, una fricción moderada espesa.

18 Primera aplicación del vendaje: el paciente que diga que siente presión especialmente en el *sinus,* y menos en los extremos; que queda bien ajustado, sin que quede apretado, por la cantidad de vendas, no por la fuerza ejercida. Durante ese día y su correspondiente noche, que vaya a más la compresión, y durante el día siguiente a menos; al tercer día, flojo. Que en el transcurso del segundo día se produzca una inflamación blanda en los extremos. Que en el tercero, levantado el vendaje, la parte vendada haya disminuido de volumen, y esto debe ser así en todos los vendajes. Con la segunda aplicación del vendaje hay que deducir si parece estar correctamente aplicado; a partir de ahí, ir comprimiendo más y con más vendas; el tercer día lo mismo [35]; al séptimo día del primer vendaje, que se encuentren disueltas las tumefacciones y que se puedan mover los huesos. Para poner las tablillas, si las partes están sin inflamación, sin irritación y sin úlcera, dejar pasar veinte días desde el accidente; pero, si hay alguna sospecha, quitar el aparejo en el intervalo. Afianzar las tablillas cada tres días.

19 La suspensión, la colocación, el vendaje, cuidar de que se realicen con estas indicaciones. De las cuales la principal es tener en cuenta las posiciones habituales y naturales en cada miembro. Los tipos de actitud se reconocen por las posiciones naturales que se adoptan al correr, marchar, estar en pie, estar tumbado, en el esfuerzo o en reposo.

20 La acción fortalece y la inactividad debilita.

21 La presión (que sea) por la cantidad de vendas, no por la fuerza ejercida.

[35] Es decir, apretando más y con más vendas.

En las partes en que se produzca una enquimosis [36], 22
magulladuras o hinchazones sin inflamación, la sangre mana de la herida (en estos casos, aplicar el vendaje) sobre todo hacia la parte alta del cuerpo, poco hacia abajo; sin tener la mano hacia abajo, o la pierna; poner el cabo de la venda en la zona del golpe, y hacer allí más presión, menos presión en los extremos y de mediana intensidad en las partes intermedias; el final, llevarlo hacia la parte superior del cuerpo, con vendaje, con compresión, y eso también por mayor cantidad de vendas que por fuerza ejercida. Sobre todo en esos casos, que las vendas sean finas, ligeras, suaves, blandas, limpias, anchas, higiénicas, como si se fueran a poner sin tablillas. Y hacer uso de una copiosa irrigación.

En luxaciones, esguinces, separaciones, avulsiones, frac- 23
turas junto a extremidades articulares o pequeños desplazamientos articulatorios, como los pies torcidos o deformados hacia afuera, (hay que proceder) relajando allí donde surge el desplazamiento y apretando en el lugar adonde se dirige, realizando la ligazón, o bien antes de realizarla, como para que se incline hacia la parte contraria a la desviación, un poco más allá de la situación equilibrada. Eso (ha de hacerse) con las vendas, con las compresas, con los cabestrillos, con las posiciones, con extensión, con fricción, con ajuste y con abundante irrigación.

En las partes atrofiadas, vendar abarcando gran parte 24
de lo sano, para que lo consumido reciba por el aflujo de sangre más de lo que ha perdido espontáneamente, y para que, cambiando a otro modo de vendaje, se propicie el aumento y la reproducción de las carnes. También es

[36] Efusión repentina de sangre en los vasos cutáneos como resultado de una emoción violenta.

mejor vendar las partes de arriba, como el muslo en la pierna, y el otro miembro inferior opuesto vendarlo junto con el sano, para que la similitud sea mayor y el reposo similar, y que la devolución o la absorción del alimento tengan lugar de la misma forma. Usa la acumulación de vendas, no la presión, aflojando primero lo que más lo necesite, haciendo uso de la fricción, que forma carne, y de la irrigación; sin tablillas.

25 Los soportes que van unidos o por separado [37], como los del pecho, las costillas, la cabeza y esas otras partes, son ésos: unos se usan a causa de los movimientos compulsivos [38], para que no resulte con daño la parte afectada; otros, a causa del distanciamiento en las suturas de los huesos del cráneo, para mantenerlos; también en los casos de tos, de estornudo o de movimientos de otro tipo, son a modo de soportes por separado en la zona del pecho y de la cabeza. Los tipos de vendaje indicados en todos estos casos son los mismos: en efecto, allí donde se encuentren los *sinus* [39] debe existir la máxima compresión de vendas; por lo tanto, hay que poner por debajo algo blando que convenga a la lesión: vendar sin apretar tanto como para que llegue a doler por causa de movimientos compulsivos, lo justo para que los extremos de las suturas separadas [40] lleguen a juntarse uno con otro, sin impedirlo toses o estornudos, sino que los soportes sirvan para que no haya separaciones violentas ni se cause dolor.

[37] En griego son dos palabras distintas, *hermásmata* y *aposterígmata*, pero Galeno interpreta en su comentario que suelen ser sinónimas.

[38] En griego *sphygmoí*, un término general que incluye desde contracciones nerviosas hasta movimientos respiratorios.

[39] Aquí usa Hipócrates la palabra *sínē*.

[40] Del cráneo, se entiende.

SOBRE LAS FRACTURAS. SOBRE LAS ARTICULACIONES

(Perì agmôn. Perì árthrōn)

INTRODUCCIÓN

Entre los estudiosos del *Corpus Hippocraticum (CH)* parece haber acuerdo en dos puntos: en que se trata de sus dos mejores tratados, tanto desde el punto de vista formal como desde el del contenido, y en que hay una estrecha relación entre ambos, relación que incluye también al tratado *Mochlikón* o *Instrumentos de reducción*.

Littré [1] y Withington [2] piensan que *Fracturas* y *Articulaciones* eran en su origen una sola obra hipocrática, pues asoma en ellas la mano de un único autor, mientras que *Mochlikón* sería un resumen de las partes de ambos tratados que se refieren específicamente a los medios mecánicos de reducción de fracturas.

Articulaciones figura desde los orígenes en el *CH,* como lo prueba, según Littré [3], el hecho de la polémica con Ctesias de Cnido al hilo de la reducción de la fractura escápulo-humeral, polémica a la que se aludirá más adelante, y que Galeno recoge en su comentario, en el que añade también que Diocles (ss. IV-III antes de nuestra era) parafraseaba al mismo Hipócrates, y cita alguna frase idén-

[1] Véase en su edición de Hipócrates el tomo III, 2, 409.

[2] *Hippocrates,* III, pág. 84 (Loeb).

[3] *Op. cit.,* I, 2, 334.

tica como prueba. Por otra parte, hay dos discípulos de Herófilo (s. III antes de nuestra era), Baquio y Filino, que comentan este tratado y no dudan en atribuírselo a Hipócrates.

En cuanto a *Fracturas*, de su autenticidad da prueba la íntima relación que mantiene con *Articulaciones*, con el que debió de formar un todo en un principio, así como con *Dispensario*, de lo que se habla en su introducción respectiva, pues *Articulaciones* se nos presenta como una continuación de *Fracturas*, como ya observó Galeno.

Estos tratados, junto con *Heridas en la cabeza*, son los más elaborados del *CH* y representan lo mejor de la Escuela de Cos. Asimismo, han sido los más leídos, comentados y admirados a lo largo de la tradición médica occidental.

Si algún tratado del *CH* puede atribuirse con cierta verosimilitud a Hipócrates de Cos es precisamente este grupo de tratados quirúrgicos, junto con *Pronóstico, Régimen de enfermedades agudas, Aforismos* y *Aires, aguas y lugares*, todos ellos datables en la segunda mitad del siglo V antes de nuestra era, o, como mucho, a principios del IV.

Algunos estudiosos han puesto en duda la antigüedad y la autenticidad de estos tratados utilizando como argumento la enorme cantidad de conocimientos anatómicos de que hacen gala tanto *Articulaciones* como *Fracturas*, pues los consideran demasiado precoces para la época. En efecto, al margen de la valía de los tratamientos específicos de las afecciones estudiadas, se trata en su conjunto de dos tratados que conforman un exhaustivo y magnífico estudio de la anatomía humana. Pero no debe olvidarse que la Escuela Hipocrática supone la culminación de una larga tradición de conocimientos quirúrgicos que comienza para nosotros ya en la *Ilíada*, donde se nos advierte que

cualquiera que pueda aplicar unos primeros auxilios por medio de las manos, pronto, con efectividad y sin causar demasiado daño, es, al menos eventualmente, *iētrós... anḗr pollôn antáxios állōn* «un médico... un hombre que vale por muchos otros» [4]. Los antiguos consideraban que un médico era eficaz si era un buen cirujano, como Democedes de Crotona, que curó a Darío de una grave torcedura de pie con dislocación del astrágalo desde las articulaciones, con poco dolor y aplicando tablillas, según cuenta Heródoto [5]. El diestro cirujano griego recibió de la corte persa como recompensa una gran cantidad de oro. Por otra parte, los griegos mostraron desde un principio un gran interés por el cuerpo humano, así como también un gran respeto por «los que operan con sus manos», por los *cheirourgoí* o cirujanos. También la práctica ritual del sacrificio y la temprana afición a la palestra debieron contribuir al incremento de estos conocimientos anatómicos que tanto extrañan a algunos, si bien es descartable que alguna vez practicaran autopsias, por distintos condicionamientos religiosos y sociales.

Volviendo a las obras que nos ocupan, tanto *Articulaciones* como *Fracturas, Heridas en la cabeza* y *Dispensario* debieron constituir una misma gran obra quirúrgica. La obra primitiva, que los antiguos no dudaban en atribuir al gran Hipócrates de Cos [6], fue muy pronto desordenada y fragmentada, prácticamente después de ser escrita. Unas partes se perdieron definitivamente, y otras reaparecieron

---

[4] *Ilíada* XI 514.

[5] Heródoto, III 129-130.

[6] Galeno las incluye entre las *gnesiṓtata* o más genuinas, aunque en XV 456 K., advierte que algunos las atribuían a un médico del mismo nombre, hijo de Gnosídico, que fue abuelo de Hipócrates.

en nuevas compilaciones [7]. Así, se trataría sólo de *disiecta membra,* cuya valía no obstante ha sido admirada tanto en la Antigüedad como en tiempos modernos.

En ambos tratados *(Fract.* y *Art.)* se observan referencias recíprocas [8] y una lengua común que gusta de ciertas expresiones retóricas [9].

El tratado *Fracturas,* mutilado en su parte final, tiene un preámbulo en que se establecen los principios generales de la extensión y la contra-extensión, que deben practicarse siempre en la actitud natural del miembro [10]; Hipócrates indica con precisión la posición de las manos del médico en la reducción de huesos: el empleo de las manos y las diversas actitudes del cuerpo están sometidos a reglas fijas en las que son iniciados los jóvenes cirujanos, una especie de gimnástica quirúrgica. Incluye críticas a quienes realizan prácticas erróneas por no basarse en el principio

---

[7] Así, el capítulo 80 de *Art.* era desconocido por Apolonio, médico del siglo I de nuestra era, pero figuraba en la paráfrasis que realizó Diocles, que debió llegar a la edad adulta antes de la muerte de Hipócrates (cf. GAL., XVIII, 1, 519; APOLONIO, 13).

[8] Así, *Art.* 67 y 77, se refieren respectivamente a *Fract.* 31 y 13.

[9] Por poner un ejemplo, nótese la figura retórica del quiasmo en *Fract.* 47 y *Art.* 46. Este cierto tono retórico podría justificar las palabras de SORANO en su *Vida de Hipócrates* (I. Ilberg, Leipzig, 1927, pág. 175), cuando dice que, según algunos, Hipócrates fue alumno de Gorgias, sofista y maestro de retórica contemporáneo, noticia que puede responder tanto a la afición de los antiguos por relacionar a maestros famosos como a la pura realidad.

[10] Para Pétrequin *(Voues nouvelles sur la chirurgie d'Hippocrate touchant les luxations du coude et les poses académiques de l'école de Cos,* Amberes, 1864), las precisiones espaciales de los hipocráticos («adelante», «atrás», «dentro», «fuera»...), sólo pueden entenderse teniendo en cuenta que para ellos la posición natural del brazo es aquella en que la palma de la mano se encuentra adosada al cuerpo cuando el brazo está extendido a lo largo de éste.

general de aplicar los sistemas de reducción al paciente en la actitud natural del cuerpo [11], sin mantener por ello una actitud conservadora, pues abundan en el *Corpus Hippocraticum* discusiones encaminadas a dar tratamientos específicos a los casos particulares [12], siempre en el empeño de forjar un método científico.

El autor va dando instrucciones sobre el tratamiento de distintas fracturas: del antebrazo, del húmero, del pie y de la pierna; menciona el famoso aparejo de reducción más tarde llamado «banco de Hipócrates», que aparece descrito en detalle en *Art.* 72. Luego aborda las fracturas complicadas, con y sin exfoliación de materia ósea, con nuevas críticas a tratamientos indebidos por parte de quienes se dedican primero a la curación de la herida vendando *énthen kaì énthen* (a un lado y a otro de la herida, sin cubrirla), y sólo una vez curada emprenden la reducción de la fractura. Hipócrates recomienda un tratamiento similar al de las fracturas simples, con reducción desde el principio, pero ejerciendo en el vendaje mayor presión en la zona de la herida. Cuando ésta se produce *a posteriori*, es decir, después de la reducción y de los vendajes, por rozamiento o por cualquier otra causa, el tratamiento debe seguir siendo similar. Expone distintos métodos mecánicos para la reducción de ciertas fracturas, destacando por su precisión la descripción de la máquina de extensión continua en el capítulo 30.

---

[11] La crítica a profesionales equivocados es un tema, por lo demás, recurrente en todo el *CH*, y hay que notar que la diatriba es un elemento más de la dialéctica retórica cuya influencia en los escritos hipocráticos ya ha sido reseñada.

[12] Léase *Fract.* 1-3, *Art.* 35, *Fract.* 25, *Art.* 47 como muestras de tratamientos específicos.

Para ayuda del lector, y sirva también este pequeño *excursus* como introducción a *El Dispensario,* las piezas de lienzo que pueden formar el vendaje de una fractura son:

— vendas aplicadas directamente sobre la piel *(hypodesmídes, hypódesis);*
— compresas que se aplican encima *(splênes);*
— vendas que van sobre las compresas *(epidesmídes, epídesis),* a veces untadas con cerato;
— orillos de sujeción para todo el aparejo *(parairémata).*

Las tablillas no se ponían al mismo tiempo, incluso en fracturas simples, sino al séptimo, noveno o undécimo día.

Para endurecer el aparejo y las vendas externas, se usaba un cerato adhesivo. Se regula también el empleo de agua caliente, siempre con extremo cuidado de la posición de la parte a operar, y el uso de férulas.

Según el comentario de Galeno [13], en tiempos de Hipócrates se aplicaban tres tipos de vendaje simple y tres de tipo complejo, simplicidad que contrasta enormemente con los cincuenta tipos de la época de Heliodoro (entre los siglos I y II de nuestra era), los sesenta de Sorano, que vivió en la misma época, y los noventa de que se habla en *De fasciis,* obra atribuida a Galeno. El *eúkyklos de Hipócrates* era un vendaje en círculo usado para cerrar senos. El *sceparnus* era un vendaje cruzado un poco oblicuo. El *simus (simón)* es más discutido, pero parece que se trataba de un vendaje muy inclinado, y Pétrequin [14] concluye que podría tratarse del actual vendaje «espiral con reversos», aunque parece más probable que fuera un vendaje en forma de ocho inclinado.

---

[13] GAL., XVIII, 1, 786 y sigs.

[14] *Chirurgie d'Hippocrate,* París, 1877-1878.

Entre los vendajes complejos están el llamado «ojo hipocrático» *(ophthalmós),* usado para esa misma parte del cuerpo; el «rombo hipocrático», que cubría la parte superior de la cabeza, y el hemirrombo, útil para un solo lado de la cara o de la mandíbula.

En cuanto al *kerōté* o cerato, había de varios tipos y básicamente se hacía con cera (de ahí su nombre) licuada en aceite de oliva o de rosas, se supone que para prevenir inflamaciones. Para heridas inflamadas o abiertas, se añadía brea a la mezcla anterior. Vino y aceite aparecen usados con profusión en múltiples aplicaciones de la medicina antigua, especialmente en la composición de emplastos y cataplasmas.

El nombre de las tablillas, *nárthekes,* hace referencia a tallos o cañas de una planta umbelífera. Podían usarse huecas, cortadas longitudinalmente, acanaladas, y siempre se aplicaban de una en una, pero no antes del séptimo día del tratamiento.

En el tratado *Sobre las articulaciones* encontramos dos exponentes de la máxima importancia para la comprensión del grado de perfeccionamiento alcanzado por los médicos hipocráticos en el tratamiento quirúrgico de las fracturas: la aplicación por el cirujano de sus sentidos al completo, su inteligencia y su destreza manual, y la introducción de técnicas aplicadas a máquinas de reducción, no por su simplicidad menos sofisticadas.

Comienza el tratado con el estudio de las luxaciones del húmero. La luxación escápulo-humeral, que, según el autor, se produce siempre «hacia abajo», hacia la axila, es susceptible de recibir seis modos distintos de reducción: con la mano *(Art.* 2), con el talón *(Art.* 3), con el hombro *(Art.* 4), con el bastón embolado o *hýperon (Art.* 5), con la espaldera o *klimákion (Art.* 6), y, por último, con

la tabla tallada (*Art.* 7), que supone la reducción más potente.

Recibe también un tratamiento muy interesante la luxación de la cadera, que motivó una gran polémica con Ctesias de Cnido, contemporáneo de Hipócrates y asclepíada como él, que, según relata Galeno [15], desestimaba la reducción por creer que la luxación de cadera se reproduce siempre. La polémica entre Hipócrates y Ctesias se mantuvo vigente durante toda la Antigüedad.

Entre los diversos métodos de reducción que propone el tratado destaca el que contempla la utilización del más tarde llamado «banco de Hipócrates» (léase su descripción en *Art.* 72), cuya reconstrucción reproducen con muchísimo acierto Littré en su edición del *CH,* tomo IV, 1, 297, y Withington, en *op. cit.,* pág. 454.

De este grupo de tratados quirúrgicos, opina Pétrequin, con la visión de un cirujano del siglo XIX, lo siguiente:

> Me creo obligado a proclamar que las obras de Hipócrates sobre la rama del arte que ahora nos ocupa, forman un cuerpo de cirugía digno de toda nuestra atención [16].

En cuanto a los principales manuscritos de las obras quirúrgicas de la *Colección Hipocrática,* son los siguientes:

1) (B) *Laurentianus 74, 7,* del siglo IX o X, procedente de Constantinopla, de Apolonio, un médico que debió de vivir uno o dos siglos antes de nuestra era, tan entusiasmado por su hallazgo que, además de dotar al escrito de dibujos ilustrativos sobre la composición de distintas dislocaciones, introduce al

[15] Véase GAL., XVIII, 1, 731 K.

[16] J. E. PÉTREQUIN, *op. cit.,* I, pág. 13.

comienzo un peán de júbilo. Este manuscrito lo describe en detalle Shöne en el prefacio de su edición de *Apollonius* (Teubner, 1896).

2) (M) *Marcianus Venetus 269,* del siglo XI.
3) (V) *Vaticanus Graecus 276,* del siglo XII.

Para la traducción y las notas de estas dos obras del *Corpus Hippocraticum,* esto es, de *Fracturas* y *Articulaciones,* hemos trabajado sobre la edición crítica de E. T. Withington en la colección inglesa Loeb, *Hippocrates,* III (Londres, 1928, reeditado en 1968), y consultado asimismo la siguiente bibliografía:

E. LITTRÉ, *Oeuvres complètes d'Hippocrate,* París, 1841 (1961).
J. E. PÉTREQUIN, *Chirurgie d'Hippocrate,* París, 1877-1878.
O. REGENBOGEN, *Symbola Hippocratea,* Berlín, 1914.
L. BOURGEY, *Observation et expérience chez les médecins de la Collection Hippocratique,* París, 1953.
G. H. KNUTZEN, *Technologie in den hippocratischen Schriften «Peri diaítes oxéon», «Peri agmon», «Peri arthron emboles»,* Wiesbaden, 1963.
M. VEGETTI, *Opere di Ippocrate, introduzione, traduzione e commento,* 2.ª ed., Turín, 1976.
R. JOLY, *Le niveau de la science hippocratique; contribution à la psychologie de l'histoire des sciences,* París, 1966.
A. BENEDETTI, *Traumatologia al tempo di Ippocrate,* Roma, 1969.
P. LAÍN ENTRALGO, *La medicina hipocrática,* Madrid, 1970 (1983).
E. VINTRÓ, *Hipócrates y la nosología hipocrática,* Barcelona, 1973.
A. ROSELLI, «Problemi relativi ai trattati chirurgici De Fracturis e De Articulis», *Actas del Congreso hipocrático de Estrasburgo* (23-27-X-1972), Leiden, 1975 (págs. 229-234).
D. IRMER, «Die Bezeichnung der knochen in 'Fract.' und 'Art.'», en *Hippocratica. Actas del Congreso hipocrático de París* (4-9-IX-1978), París, 1980 (págs. 265-283).

Si se quiere revisar en general la bibliografía hipocrática, recomendamos la exhaustiva *Bibliographie Hippocratique,* de Maloney-Savoie, que abarca todo lo publicado sobre el tema entre los años 1473 y 1982, publicada en Québec (Canadá) en 1982.

No obstante, siguen siendo de imprescindible consulta los más antiguos comentarios de Galeno: el de *Fract.,* en XVIII, 2, págs. 318-628 K., y el de *Art.,* en XVIII, 1, páginas 300-767 K.; así como también el que escribió, en el siglo VI, el médico Paladio a *Fract.,* recientemente editado por D. Irmer (Hamburgo, 1977).

HELENA TORRES HUERTAS

SOBRE LAS FRACTURAS

Debe el médico, en luxaciones y fracturas, hacer las extensiones lo más derechas posible [1]; pues ésta es la forma natural más correcta. Si hubiera alguna inclinación aquí o allá, que sea hacia la pronación: en efecto, el error es menor que hacia la supinación. Los médicos que no tienen ninguna actitud preconcebida no cometen ningún error, como pasa en la mayor parte de los casos: pues el mismo paciente, cuando va a ser vendado, presenta el brazo impelido por la posición natural; pero en cambio otros médi- 1

[1] Ha debido perderse el principio del tratado, porque está hablando ya de un caso concreto: la fractura de antebrazo; al hilo de la necesidad de vendar en posición natural, surgen la diatriba contra los que no cumplen tal norma y la afirmación tan discutida: *rhētéon... hopósas àn ethélō tôn hamartádōn tôn iētrôn, tàs mèn apodidáxai, tàs dè didáxai,* literalmente: 'hay que hacer referencia a cuantas quiera yo de las negligencias de los médicos, las unas para refutarlas, las otras para enseñarlas'. Galeno en su comentario (Gal., XVIII 2, 341 K.) explica que el autor quiere refutar '*tàs mè nomizoménas toîs iatroîs hamartías, kat' alētheian d'oûsas*' es decir 'las normas que no son consideradas como errores por los médicos aunque en realidad lo son', y que lo que pretende enseñar son '*tàs nomizoménas men eînai, mè oûsas dé*' 'las normas consideradas como errores pero que no lo son'. Withington opina que se trata de un juego de palabras del autor (cf. n. 1, págs. 96-97 de su ed.); mi opinión es que se trata de un intento de clarificación en defensa, en este caso, de tradición frente a innovación sin base científica.

cos, los teorizantes, son precisamente los que se equivocan. La verdad es que no hace falta mucho estudio para tratar un brazo roto y lo puede hacer cualquier médico, por así decirlo. Pero yo me veo en la necesidad de escribir más sobre este tema, porque sé de médicos sabios que se han hecho famosos por las posiciones que dan al brazo en el vendaje, posiciones por las que hubieran debido pasar por ignorantes, porque muchos otros aspectos de este arte se juzgan así. De esa forma, lo novedoso, como todavía no lo conocen, en el caso de que resulte útil, lo alaban más que lo acostumbrado, que ya saben que es útil, y lo raro más que lo evidente. Así pues, tengo que decir cuanto deseo de los errores de los médicos, refutar unas cosas y enseñar otras; y voy a empezar hablando sobre la naturaleza del brazo, pues este tratado es enseñanza también de otros huesos que hay en el cuerpo.

2 El brazo, tema del que trata este capítulo, presentó a vendar cierto paciente en actitud de pronación; pero el médico lo forzaba a mantener la postura de los arqueros cuando echan el hombro hacia atrás, y lo vendaba estando de esa manera, pues tenía para sí que ésa era la postura conforme a la naturaleza; y ponía como prueba todos los huesos del codo, porque se correspondían en rectitud, incluso en la superficie, ya que ésta, por sí misma, presenta la forma recta tanto por su parte externa como por la interna; dijo que así era la conformación natural de las carnes y de los tendones, y como prueba aducía el arte del tiro con arco. Diciendo y haciendo cosas así pasaba por sabio. Pero estaba pasando por alto las otras artes, las que se realizan por fuerza y las que se llevan a cabo por artificios, sin saber que la posición natural varía de una cosa a otra, y que, en una misma acción, hay dos posibles posiciones naturales del brazo derecho y lo mismo del izquier-

do [2], si se da el caso así. Ciertamente, hay una posición natural en el lanzamiento de jabalina, otra en el tiro con honda, otra distinta en los lanzamientos de piedras, en la lucha atlética y en el reposo. Cuántas artes podría uno encontrar en las que la posición natural de los brazos no es la misma, y en las distintas artes cada persona adopta posturas distintas con sus brazos según el dispositivo que uno maneje y la acción que se quiera realizar. Al que practica el tiro con arco le parece natural que esa postura de uno de sus brazos sea la mejor; pues el extremo ginglimoidal del húmero, cuando, con esa postura, se apoya en la cavidad del cúbito, crea la línea recta de los huesos del antebrazo y del brazo, como si el conjunto fuera una sola cosa, y la flexión de la articulación queda interrumpida en esa posición; por tanto, es natural que la parte en cuestión quede muy inflexible y muy rígida, y que no ceda ni se pliegue cuando la mano derecha tensa la cuerda del arco: así es como tensará la cuerda al máximo y disparará con el máximo de firmeza y de frecuencia, pues las flechas lanzadas de tal modo vuelan rápidas y se consigue fuerza y distancia. Pero también hay que decir que no existe nada en común entre la técnica de vendaje y el tiro con arco. Porque, en primer lugar, si el médico al poner el aparejo ordenara mantener el brazo así, podría añadir sufrimientos mucho mayores que la herida; en segundo lugar, si ordenara doblar el brazo, ni los huesos ni los tendones ni las carnes quedarían en el mismo lugar, sino que se dispondrían de otra manera a pesar del vendaje; entonces, ¿qué ventaja hay en la posición del arquero? Igual nuestro teo-

[2] Es decir, al realizar una misma acción, puede ser que el brazo derecho tenga una posición natural y el izquierdo otra.

rizante no hubiera cometido este error si hubiera dejado que el propio herido le hubiera presentado el brazo.

3 Otro médico, poniendo el brazo en supinación, ordenaba extenderlo así, y de esta manera vendaba el brazo del herido, pues pensaba que eso era lo natural al fiarse de la superficie y creía que ésa es la conformación natural de los huesos, ya que el hueso prominente, que está junto al carpo donde el dedo pequeño, puede dar la impresión de que está en línea recta con el hueso en base al cual los hombres han ideado la medida del codo [3]. Él aducía estas pruebas de que es así por naturaleza, y parecía decir bien. Pero la verdad es que, si el brazo quedaba extendido en supinación, forzosamente tendría que causar dolor; cualquiera puede darse cuenta, al extender su propio brazo, de cómo la posición causa dolor. Incluso si un hombre más débil sujeta bien con sus propias manos a otro más fuerte en esa posición, tal y como se estira el codo en supinación, puede llevarlo adonde quiera: ni aunque tuviera una espada en esa mano podría servirse de ella, hasta tal punto es violenta la posición; y si uno, después de vendar el brazo, deja al paciente en esa posición, el dolor se acrecentaría si el paciente anduviera, y también sería grande si estuviera echado; además, en el caso de que flexionara el brazo, los músculos y los huesos adoptarían por fuerza otra posición distinta; así que nuestro médico desconocía lo referente a esta posición, aparte del dolor añadido que

[3] Se refiere al cóndilo interno del húmero, que se encuentra en línea recta con la apófisis estiloide del cúbito cuando el brazo está en supinación. Galeno comenta que, por lo que dice Hipócrates, parecería que todos los hombres miden el codo a partir del cóndilo interno del húmero, pero debería de hacerse a partir del olécrano, e. e., de la apófisis gruesa y curva del extremo superior del cúbito. Para la medida del codo, véase la nota 26 al *Dispensario*.

se causa: pues el hueso que sobresale en el carpo, el que está cerca del dedo meñique, pertenece al cúbito; en cambio, el que está en el pliegue del codo, a partir del cual establecen los hombres la medida del codo, es la cabeza o extremo del húmero. Pero él creía que estas dos prominencias pertenecen al mismo hueso, y también muchos otros. La prominencia que pertenece a aquel hueso es el llamado codo sobre el que a veces nos apoyamos. Efectivamente, cuando uno tiene el brazo extendido en supinación, ese hueso parece vuelto al revés, por una parte; y, por otra, los tendones que se extienden desde la parte interior del carpo y de los dedos, también parecen vueltos del revés cuando se tiene el brazo en supinación, pues esos tendones se extienden hacia el hueso del húmero, a partir de donde se mide el codo. Tales y de tal calibre son los errores y desconocimientos de la naturaleza del brazo. Pero si, como yo recomiendo, es el paciente el que extiende su brazo roto, volverá a la rectitud el hueso que está junto al dedo meñique, el que se extiende hacia el codo, y tendrá en línea recta los tendones que se extienden desde el carpo al extremo del húmero; el brazo, puesto en cabestrillo, estará en una posición semejante a aquella en la que fue vendado, y no le dolerá al paciente ni al caminar ni al yacer, y sin cansarse. Hay que sentar al enfermo de tal manera que el saliente del hueso quede mirando hacia el más iluminado de los focos de luz que haya, para que el cirujano pueda observar en la extensión si las partes se enderezan suficientemente. Por supuesto, eso no podría pasar desapercibido a la mano de un médico experimentado puesta sobre el saliente de un hueso roto: pues cuando se toca la parte saliente de un hueso dañado duele muchísimo.

FRACTURAS SIMPLES

FRACTURA DEL ANTEBRAZO

4 En los huesos del antebrazo, cuando no están rotos los dos, es más fácil la cura cuando está roto el hueso de arriba [4], aunque sea más grueso, por dos razones: en primer lugar porque, al quedar por debajo el hueso sano, se convierte en un apoyo, y en segundo lugar porque queda más a cubierto [5], a menos que esté cerca de la muñeca, pues la masa de carne que está en la parte de arriba es espesa. Pero el hueso de abajo [6] es descarnado y no está bien cubierto, y requiere una extensión más fuerte. Si no está roto éste, sino el otro, la extensión más simple resulta suficiente. En el caso de que se rompan los dos huesos se requiere la extensión más fuerte posible; ciertamente, yo he visto ya en el caso de un niño extensiones hechas más allá de lo que se debía, pero, en la mayor parte de los casos, se hace menos extensión de la debida. Es necesario, siempre que se hagan extensiones, enderezar aplicando las palmas de las manos [7]; luego, ungiendo con cerato [8], no en mucha

[4] Se refiere al radio.

[5] La fractura, se entiende.

[6] El cúbito o ulna.

[7] Hay problemas de interpretación sobre la palabra *thénara* que Galeno entiende así: «Se llama *thénara* a las eminencias de las manos, de *thénein* 'golpear', como les gusta a los amantes de etimologías; pero todo lo que golpeamos lo golpeamos con las eminencias». Otros entienden que Hipócrates se refiere a las eminencias que están debajo de los dedos, y, por su parte, el autor del *Isagogo* dice que se trata de las eminencias situadas detrás de los dedos con la mano en supinación. Por último, RUFO DE ÉFESO en su obra *Sobre las partes del cuerpo* entiende que se refiere a las «partes carnosas situadas entre el índice y el pulgar».

[8] Véase nota 28 al *Dispensario*.

cantidad para que no se suelten los vendajes, vendar de tal manera que el paciente no tenga la punta de la mano más abajo del nivel del codo, sino un poco más arriba, a fin de que la sangre no afluya hacia el extremo, sino que quede interceptada; después vendar con la venda enrollada, aplicando el cabo en el lugar de la fractura, fijándola de verdad, pero sin apretar demasiado. Una vez que se haya dado la vuelta en ese lugar dos o tres veces, sigue vendando hacia la parte de arriba, para que los aflujos de sangre queden detenidos, y termina allí. Conviene que los primeros rollos de venda no sean muy largos, y asimismo poner el cabo de los segundos en el lugar de la fractura; tras dar una vez la vuelta en ese mismo sitio, deja luego que el vendaje vaya hacia abajo, apretando cada vez menos y espaciando las vueltas por en medio, para que la misma venda pueda llegar rodeando allí donde precisamente terminó el otro cabo. Así pues, en ese lugar, aplica los vendajes hacia la izquierda o hacia la derecha, o hacia ambos lados incluso, si es que conviene a la posición del miembro roto y si interesa inclinarlo hacia uno u otro lado. Después de esto, hay que extender compresas untadas con un poco de cerato [9], pues también es un procedimiento muy ligero y de facilísima aplicación. Luego, aplicar dos rollos de venda cruzados a derecha e izquierda alternativamente; empezando generalmente por abajo, ir subiendo hacia arriba, aunque también se puede hacer de arriba a abajo. Tratar los extremos puntiagudos de los miembros rodeándolos con las compresas, sin enderezar todo el conjunto con múltiples vueltas de venda, sino por partes. De vez en cuando, hay que pasar una vuelta relajadamente

[9] *Idem.*

alrededor de la muñeca. Para esta primera cura es suficiente con dos piezas de venda [10].

5 Éstas son las pruebas de un buen tratamiento y de un correcto vendaje: si le preguntas (al paciente) si está comprimido, y dice que sí, pero moderadamente, y dice que sobre todo en la zona de la fractura. En efecto, el que está vendado correctamente tiene que decir que eso le ha venido ocurriendo hasta el final. Éstas son las pruebas de la justa medida: que el día en que haya sido vendado y la noche siguiente tenga la impresión de que se siente comprimido, no cada vez menos, sino cada vez más, y que al día siguiente le surja en el extremo del brazo una ligera hinchazón. Efectivamente, aquí tienes la prueba de que has vendado con la medida justa; que al terminar el día le parezca que la compresión va a menos, y que al tercero le parezca que los vendajes están flojos. Si faltara alguno de los requisitos mencionados, habría que deducir que el vendaje está más flojo de lo debido; si algo de lo dicho lo fuera en exceso, habría que deducir que se apretó más de lo debido; basándote en estas señales, deja más suelto o aprieta cuando vuelvas a aplicar el vendaje. Al llegar el tercer día, después de haber soltado el vendaje y de haber hecho una extensión y un ajuste, hay que (volver a vendar) [11]. Si encuentras que la primera vez has vendado con éxito, tienes que apretar ese segundo vendaje un poco más

[10] Es decir, dos vendas de tres, cuatro, cinco o seis codos de largo, y de tres, cuatro, cinco o seis dedos de ancho; véanse notas 26 y 27 al *Dispensario*.

[11] Las palabras entre paréntesis, en griego *aúthis epidêsai*, no están en ninguno de los manuscritos; Littré las añade en su edición porque las exige la construcción sintáctica griega, y porque, además, aparecen así al final del capítulo. Se trata de un anacoluto, hecho por lo demás bastante frecuente en estos tratados científicos.

que aquél. Hay que aplicar los cabos de la venda en el lugar de la fractura, como en el vendaje anterior: pues si empiezas vendando esa parte, los humores serán empujados de allí a los extremos inferior y superior, pero, si empiezas apretando por otro lado, desde la parte comprimida serán empujados a esa zona de la fractura; comprender esto es útil para muchas cosas. Así que, entonces, hay que empezar siempre el vendaje y la compresión por ese sitio, y en las demás partes en proporción, de modo que, cuanto más te alejes de la herida, vayas apretando menos. No rodear nunca con las vendas flojas, sino correctamente ajustadas. Más tarde hay que hacer cada vendaje incrementando el número de rollos de venda. El paciente, interrogado, que diga que le queda un poco más apretado que antes, que afirme que especialmente en la herida, y en el resto de la zona en proporción; en relación con la hinchazón, con el doler y con el aliviarse, que esté en proporción con el primer vendaje. Cuando llegue el tercer día [12], que le parezca que las vendas están más flojas; luego, después de soltarlo, hay que volver a aplicar el vendaje apretando un poco más y con todos los rollos de venda que se vayan a poner; después, que experimente el enfermo todas esas sensaciones que precisamente tuvo en los primeros períodos del vendaje.

Cuando llegue el tercer día, o sea, el séptimo desde 6
el primer vendaje, si está correctamente vendado, se producirá la tumefacción en el extremo del brazo, pero ésta no será demasiado grande; el lugar vendado con todas esas vendas se encontrará cada vez más flaco y desinflado, al séptimo día totalmente disminuido, y los huesos fractura-

---

[12] O sea, el quinto desde que se inició el tratamiento con el primer vendaje.

dos moviéndose cada vez más y listos para la coaptación. Si eso es así, después de enderezar, hay que aplicar un vendaje como para entablillar, comprimiendo un poco más que antes, a menos que se produzca un dolor mayor por la hinchazón de la mano. Una vez que hayas puesto los rollos de venda, hay que colocar alrededor las tablillas y rodear con las vendas lo más flojas posible, de modo que queden fijas, pero que la aplicación de las tablillas no contribuya en nada a la compresión del brazo. Después de eso, que el dolor y las sensaciones de mejoría sean los mismos que en las primeras aplicaciones de los vendajes. Que al llegar el tercer día diga el paciente que está flojo, y entonces hay que sujetar enseguida las tablillas, sobre todo en la zona de la herida, pero también lo demás en proporción, precisamente más allí donde el aparejo esté flojo que donde esté apretado. Allí donde sobresalga la herida tiene que ser más gruesa la tablilla, aunque tampoco mucho más. Pero hay que tener mucho cuidado en que la tablilla no quede en línea recta con el pulgar, sino más acá o más allá, y tampoco en línea recta con el meñique, allí donde sobresale el hueso en la muñeca, sino más acá o más allá; sin embargo, si conviene a la fractura situar alguna de las tablillas en esos sitios, hay que hacerlas más cortas que las demás, de forma que no alcancen los huesos que sobresalen en la muñeca; pues hay peligro de ulceración y descarnadura de tendones. Cada tercer día hay que reajustar las tablillas muy cuidadosamente, siendo así de consciente de que las tablillas se aplican para protección del vendaje, pero no se atan para la compresión.

7 Entonces, si estás convencido de que los huesos están suficientemente ajustados con los primeros aparejos, y de que no atormentan picores al enfermo ni se sospecha que exista ulceración alguna, hay que dejar que quede atado

con las tablillas hasta que se sobrepasen los veinte días. En alrededor de treinta días en total se consolidan los huesos del codo; pero no hay nada fijo, pues es muy distinta una naturaleza de otra, una edad de otra edad. Cuando levantes el aparejo, hay que verter agua caliente y volver a vendar, comprimiendo un poco menos que la vez anterior y con menos rollos de venda que antes; después, cada tercer día, después de soltar, vendar apretando cada vez menos y con menos rollos de venda. Si, cuando esté atado con las tablillas, sospechas que los huesos no están colocados correctamente o alguna otra cosa molesta al herido, suelta el vendaje en la mitad del intervalo o algo antes, y vuelve a vendar de nuevo. La dieta para los que no tengan heridas abiertas en un principio o huesos con protuberancias sobresalientes es suficiente con que sea escasa. Hay que tomar una dieta un poco más floja durante los diez primeros días, ya que los pacientes están en reposo; usar comidas tiernas que favorezcan moderadamente la evacuación del vientre, así como también abstenerse de vino y de ingestión de carne; más tarde, sin embargo, restablecerse gradualmente. Estas palabras que acabo de escribir constituyen una ley precisa sobre el tratamiento de fracturas, cómo hay que operar y cómo salir airoso de la operación apropiada; si algo no sale así, hay que saber que en la cirugía ha faltado por hacer algo o se ha hecho en exceso. Y, todavía más, hay que tener *in mente* de esta simple manera las siguientes cosas por las que no se preocupan demasiado los médicos, pero que, no obstante, cuando no se hacen correctamente, son capaces de arruinar todo cuidado y todo vendaje: pues, si se han roto los dos huesos, o bien sólo el de abajo [13], y el paciente ya vendado tiene

[13] Es decir, el cúbito.

el brazo levantado en cabestrillo con una cinta, y la cinta en su mayor parte está precisamente en la zona de la fractura, mientras que el brazo cuelga por aquí y por allá, hay que encontrar ese hueso, que se hallará vuelto hacia la parte de arriba; pero si, estando los huesos rotos de esa manera, el paciente tiene la mano en la cinta y junto al codo, mientras el resto del brazo queda al aire y sin soporte, el hueso se encontrará distorsionado hacia la parte de abajo: entonces hay que suspender suavemente la mayor parte de la zona del codo y la muñeca con una cinta blanda que tenga anchura.

Fractura del brazo

8 Si se fractura el húmero, en el caso de que un paciente presente el brazo extendiéndolo con esa posición, se vendará el músculo del brazo en estado de extensión; pero cuando el paciente vendado doble el codo, el músculo del húmero adoptará otra postura. El modo de extensión más correcto del húmero es el siguiente: un trozo de madera de un codo o algo más corto, como son los mangos de las layas [14], hay que colgarlo por uno y otro extremo, atándolos con cuerda; sentándose el paciente en algo alto, hacer pasar su brazo por encima, de modo que el mango de madera esté por debajo de la axila, con la suficiente altura como para que pueda apenas estar sentado el paciente, que poco le falte para estar en el aire; poniendo luego otro asiento y colocando por debajo del antebrazo uno o más cojines de cuero, de forma que tenga el codo doblado en ángulo recto a una altura conveniente, mejor,

[14] Instrumentos de labranza parecidos a palas o rastrillos.

por cierto, si se pasa alrededor una piel ancha y blanda o una cinta ancha, suspender algún peso grande que pueda conseguir una extensión suficiente; y, si no, cualquier hombre fuerte, con el antebrazo en esa posición, que ejerza una fuerza con el codo hacia abajo. El médico, que maniobre estando en pie, con uno de sus pies apoyado en algún sitio alto, enderezando el hueso con las palmas de sus manos: lo enderezará fácilmente, pues ésta es una buena extensión si uno la dispone como es debido. Luego, que vende poniendo los cabos en la fractura, y que haga todo lo demás como se ha aconsejado más arriba; que haga las mismas preguntas; que use las mismas comprobaciones (para saber) si está de modo correcto o no; que vende cada tercer día y que vaya apretando más el vendaje. El día séptimo o el noveno, que vende aplicando tablillas; si en el transcurso de este plazo sospechara que el hueso no ha quedado bien, que lo deshaga y lo vuelva a vendar después de ponerlo bien.

El hueso del brazo [15] se consolida muy bien en cuarenta días. Si se sobrepasan los mismos, hay que soltar el vendaje, apretar menos y vendar disminuyendo el número de vendas. En cuanto a la dieta, algo más estricta que la dieta anterior y durante más tiempo; sacar conclusiones de la hinchazón de la mano observando la fuerza del paciente. Además hay que entender lo siguiente, que el húmero es convexo por naturaleza hacia afuera; por tanto, suele darse la vuelta hacia esa parte cuando no recibe el tratamiento adecuado; pero también todos los demás huesos, cuando se fracturan, durante la cura tienden a darse la vuelta precisamente hacia donde están curvados por naturaleza. Así

---

[15] El húmero, aquí *ostèon brachíonos* 'hueso del brazo', otras veces llamado simplemente *brachíōn* 'brazo'.

que es necesario, cuando se sospecha algo de eso, aplicar al brazo, rodeándolo, una cinta ancha y pasarla alrededor del pecho; cuando el paciente vaya a reposar, aplicar en la zona entre el codo y las costillas una compresa doblada con muchos pliegues, o alguna otra cosa que se le parezca: pues así puede rectificarse la curvatura del hueso, pero no obstante hay que tener cuidado de que no quede demasiado vuelto hacia la parte de dentro.

FRACTURAS DEL PIE

9 El pie del hombre está compuesto de muchos y pequeños huesos, como también la mano. Esos huesos se rompen no muy a menudo, a menos que sea con la piel herida por algo puntiagudo o pesado; ciertamente, en lo que se refiere a tejidos vulnerados, se dirá cómo hay que tratarlos en el capítulo de ulceraciones [16]. Si algo se hubiera movido fuera de su lugar, la articulación de los dedos o algún otro de los huesos del llamado tarso, hay que forzar cada uno para que vuelva a su propio lugar, como se dice también en la parte que se dedica a los huesos de la mano [17]; tratar con cerato [18], compresas y rollos de venda como las fracturas, pero sin tablillas, ejerciendo presión de la misma manera y cambiando vendajes cada tercer día; que el paciente, vendado, responda de modo semejante a como lo hacía precisamente en las fracturas, tanto en lo de sentirse

[16] *Hélkōsis* designa en griego la lesión de partes blandas, como indica Galeno. Este tema será tratado en los capítulos 24 y 25 de este tratado, que están dedicados a las fracturas compuestas o con ulceración.

[17] Se trata de un capítulo perdido condensado en *Instrumentos de reducción* 16 y *Articulaciones* 26.

[18] Véase nota 28 al *Dispensario*.

apretado como en lo de estar flojo el vendaje. Finalmente se produce un estado saludable en un plazo de veinte días en todos los casos, excepto en aquellos en que hay conexión con los huesos de la pierna y en la misma línea recta. Durante ese tiempo conviene estar tumbado. Pero como los pacientes, infravalorando la enfermedad, no tienen paciencia, sino que se ponen a andar antes de volver a estar sanos, por eso precisamente la mayoría no se restablece por completo, sino que muchas veces el dolor les refresca la memoria; y es natural, porque los pies soportan todo el peso del cuerpo. Así es que, cuando caminan sin estar aún restablecidos, las articulaciones desplazadas se consolidan de mala manera; por eso de vez en cuando al caminar sienten dolor en la parte que está junto a la pierna.

Las partes conectadas con los huesos de la pierna son 10
mayores que las otras y, cuando están desplazadas, la cura requiere mucho más tiempo. En efecto, el tratamiento es el mismo: pero usar más rollos de venda y más compresas, y vendar completamente en ambas direcciones; en cuanto al apretar, lo mismo que en los demás casos, pero especialmente en el sitio donde se ha producido el desplazamiento, y hacer las primeras vueltas de las vendas en este mismo lugar; en cada uno de los cambios de vendaje, usar abundante agua caliente, incluso verter mucha agua en todas las lesiones articulatorias. Las presiones y relajaciones, que muestren en los mismos plazos de tiempo las mismas señales que mostraban en los casos anteriores, y hay que hacer los cambios de vendaje de la misma manera. Esos pacientes recobran la salud por completo en aproximadamente cuarenta días, si tienen paciencia para guardar reposo; si no, sufren lo mismo que antes y la cosa va a más.

Luxación del calcáneo

11 Los que, después de saltar de un lugar elevado, se han apoyado con fuerza en el talón, a ésos se les separan los huesos [19], los vasos sanguíneos derraman la sangre al quedar la carne magullada en torno al hueso, y sobrevienen una inflamación y mucho dolor. Pues ese hueso no es pequeño, sobresale de la vertical de la pierna y está en contacto con importantes vasos y tendones; el tendón de detrás está insertado en este hueso. Hay que tratar a esos pacientes con cerato, compresas y rollos de venda; en ellos hay que usar mayor cantidad de agua caliente y más vendas, incluso mucho mejores o lo más suaves posibles. Si se da el caso de que el paciente tiene la piel por naturaleza delicada, la piel que está en torno al tendón [20], dejarlo así; pero si es espesa y dura, como la tienen algunos, hay que cortarla en línea recta y dejarla más fina, sin atravesar la carne. Vendar bien esas partes no está al alcance de cualquier hombre: pues si uno aplica el vendaje de la forma en que se vendan también las partes en torno al maléolo [21], dando una vuelta alrededor del pie y otra alrededor del tendón de atrás, las mismas compresiones dejan fuera el tendón en que tuvo lugar la contusión; así se corre el riesgo de que se gangrene el hueso del tendón, y, si se gangrena, la enfermedad puede durar toda la vida. Efectivamente, todas las demás necrosis de talón no producidas de esta manera, sino en reposo, cuando el talón ennegrece por descuido de la posición, o bien cuando se produce en

[19] Se les produce una diástasis o separación de dos huesos contiguos sin dislocación propiamente dicha.

[20] Se refiere al tendón de Aquiles.

[21] Protuberancia de la tibia y el peroné, vulgarmente tobillo.

la pierna una herida importante, crónica y en contacto con el talón, o en el muslo, o bien en otra enfermedad en la que el enfermo haya estado tumbado en supinación durante largo tiempo, todas esas necrosis son igualmente crónicas, confusas, muchas veces abiertas si no se han tratado con diligente aplicación y mucho reposo, como las necrosis (requieren); las necrosis de este tipo acarrean al cuerpo graves peligros, aparte de la destrucción que implican. Porque también aparecen fiebres agudísimas, continuas, que se manifiestan con temblores y con hipos, que alcanzan a la razón y causan la muerte en pocos días; incluso pueden llegar a producirse extravasaciones con entumecimiento [22] de los vasos portadores de sangre [23], y gangrenas debido a la compresión; y esas cosas pueden producirse sin otra necrosis [24]. Esto que se ha dicho se aplica a las contusiones más violentas; pero la mayor parte de las veces se dan contusiones moderadas y requieren un cuidado no muy grande, pero no obstante hay que tratarlas correctamente. Sin embargo, cuando la contusión parezca ser fuerte, hay que hacer lo dicho, y realizar la mayor parte del vendaje dando vueltas alrededor del talón, dirigiendo unas veces la venda al extremo del pie, otras a la parte central, otras abarcando la pierna; aplicar el vendaje en todas las partes vecinas en ambas direcciones, como también se ha dicho antes; no ejercer una presión fuerte, sino con muchos ro-

[22] Literalmente «extravasaciones, entumecimientos *(narkôsies*, en griego jónico) y gangrenas de los vasos sanguíneos por la presión». Galeno y la mayoría de los manuscritos dan *nausiôsies* «regurgitaciones», pero es una lectura difícilmente aceptable.

[23] Aquí Hipócrates especifica «vasos portadores de sangre», recogiendo una antigua tradición que distinguía vasos con sangre y sin ella.

[24] En el hueso, se entiende.

llos de venda. Mejor todavía es dar a beber eléboro [25] el mismo día o en el curso del día siguiente; al tercer día, deshacer el vendaje y volver a aplicarlo de nuevo. Las comprobaciones para saber si hay empeoramiento o no son las siguientes: cuando hay extravasaciones de las venas, zonas ennegrecidas y las partes cercanas se ponen coloradas y bastante duras, hay peligro de que haya empeorado; pero si el paciente no tiene fiebre hay que administrar un emético, como se ha dicho, y también en los casos en que la fiebre no sea constante; ahora bien, si tiene fiebre constantemente, no administrar el fármaco, que se abstenga de alimentación sólida y líquida, que tome como bebida agua y no vino, pero sí que puede tomar hidromiel [26]. Si no va a haber empeoramiento, las extravasaciones, las manchas oscuras y las partes de alrededor amarillean, pero no se ponen duras; ésa es una buena prueba de que no van a empeorar en todas las extravasaciones; en cambio, las partes que se ponen duras y lívidas hay peligro de que su-

[25] Dice Galeno que aquí se trata del eléboro blando, vedegambre, pero parece equivocarse, porque el que hace vomitar o emético es el eléboro fétido. La razón es que Hipócrates añade más abajo: «Si el enfermo está sin fiebre, hay que purgarlo por lo alto, como se ha dicho». A Galeno le parecía peligrosa la administración de eléboro, pero la justifica en tiempos de Hipócrates porque entonces los hombres llevaban una vida más activa y comían menos. Oribasio, *Collect. med.* 8, 8, nos ha transmitido un curioso fragmento del historiador Ctesias de Cnido (s. v-iv antes de nuestra era), que dice: «En tiempos de mi padre y de mi abuelo ningún médico administraba eléboro, pues no conocían ni la mezcla ni la medida ni el peso con que había que administrarlo. Si alguno administraba eléboro, se preparaba al enfermo como para correr un gran peligro, y muchos de los que lo bebían perdían la vida, pocos se curaban. Ahora parece que es más seguro».

[26] En griego un substantivo neutro, *tò oxýglyky*, 'el ácido-dulce', bebida de miel acidulada muy usada en la medicina hipocrática. Según Gal., XVIII, 2, 466, resulta de la decocción de un panal de miel en agua.

fran necrosis. Hay que vendar el pie de forma que en su mayor parte quede un poco más arriba que el resto del cuerpo. El paciente puede sanar en sesenta días si guarda reposo.

Los huesos de la pierna

La pierna tiene dos huesos, uno [27] mucho más delgado 12
que otro en la parte alta, pero no mucho más delgado en la parte baja; las partes que están cerca del pie están unidas unas a otras y tienen epífisis común, pero en la parte larga de la pierna no están unidas; las partes cercanas al muslo están también unidas, y tienen una epífisis, y la epífisis, diáfisis [28]. El hueso que está del lado del dedo pequeño es, por un poco de diferencia, el más largo: ésta es la naturaleza de los huesos que hay en la pierna.

Luxaciones del pie

Los huesos se dislocan ocasionalmente en la parte 13
cercana al pie, unas veces los dos huesos con la epífisis, otras se desplaza la epífisis, otras uno de los dos huesos [29]. Estas dislocaciones son menos problemáticas que las de la muñeca si los enfermos tienen paciencia para guardar reposo. El tratamiento es muy parecido al de la muñeca: en efecto, hay que hacer la reducción de la fractura después de la extensión, como en aquel caso, pero requiere

---

[27] El peroné.

[28] Eminencia intermedia llamada espina de la tibia.

[29] Es decir, puede haber desplazamiento de los dos huesos con sus maléolos, diástasis de los dos maléolos o diástasis del peroné.

una extensión más fuerte, por cuanto también esta parte del cuerpo es más fuerte. En la mayor parte de los casos bastan dos hombres, uno tirando de un lado y otro del otro. Si no tienen fuerza, hacer la extensión más enérgica es fácil; lo que hay que hacer es: fijar en tierra el cubo de una rueda o cualquier otra cosa que se le parezca y hacer pasar alrededor del pie algo suave; después, anudar el pie con tiras de cuero anchas, atando los cabos de las tiras bien a un palo bien a otro tipo de madero; poner el extremo inferior del madero dentro del cubo; tirar hacia atrás (cogiendo el extremo superior del palo), y unos que ejerzan la contraextensión desde arriba mientras sujetan al paciente por los hombros y por las corvas. También es posible sujetar la parte de arriba del cuerpo por la fuerza: si es eso lo que quieres, después de clavar en tierra un palo redondo y pulido profundamente, haz que una parte sobresaliente del mismo madero quede en medio de las piernas, junto al perineo, de forma que impida al cuerpo vencerse por las fuerzas tirantes de los pies; además, para que no haya inclinación hacia la pierna estirada, que alguien sentado de costado junto al paciente presione hacia abajo la región glútea, para que el cuerpo no resulte arrastrado. También, si quieres, los palos quedan clavados a cada lado de ambas axilas, los brazos se mantienen extendidos a lo largo del cuerpo, y alguien puede sujetar al paciente por la rodilla y ejercer así la contraextensión. Si se quiere, junto a la rodilla, después de atar también otras cintas en torno al muslo y de clavar por detrás de la cabeza otro cubo de rueda, atando las cintas a un palo y fijando el palo en el cubo, ejérzase una presión contraria a la de los pies. Si quieres, en lugar de los cubos de rueda, puedes poner bajo la cama una viga mediana y utilizar después los dos extremos de la viga como puntos de apoyo y, al

empujar los palos hacia atrás, tensar las cintas de cuero. También, si quieres, puedes disponer caballetes a uno y otro extremo y hacer la extensión por medio de esos útiles. Hay muchos otros métodos de extensión; lo mejor, si uno ejerce la medicina en una gran ciudad, es adquirir un aparato de madera en el que estén contempladas las necesidades de todo tipo de fracturas y de reducción de toda clase de articulaciones, partiendo de la extensión y el levantamiento con palanca; este aparato de madera basta, si es, en tamaño, anchura y espesor, como los soportes rectangulares que se hacen de encina. Una vez que has practicado suficientemente la extensión, ya es fácil reducir la articulación, pues está elevada en línea recta por encima de su posición original. Hay que enderezarla con las palmas de las manos, apoyándose con una en la parte desplazada, y apoyándose con la otra en sentido contrario más abajo del maléolo.

Una vez que hayas hecho la reducción, siempre que sea 14
posible, hay que vendar el miembro extendido; si lo impiden las tiras de cuero, después de soltarlas, es cosa de mantener la extensión en sentido contrario, mientras dure el vendaje. Vendar de la misma manera, aplicando los cabos de las vendas igual en la parte que sobresale, y dar las primeras vueltas cuantas más mejor en ese lugar, y la presión precisamente allí mismo; extender el vendaje a los lados con largueza; esta articulación tiene que quedar un poco más comprimida en la primera aplicación del vendaje que la de la muñeca. Cuando hayas vendado, que el paciente tenga la parte vendada más elevada que el resto del cuerpo, y hay que disponer la postura de tal manera que el pie cuelgue lo menos posible. Hacer un tratamiento de reducción del cuerpo proporcional a la fuerza que tenga y a la luxación: porque unas veces es pequeña y otras hay

mucho desplazamiento. En general, hay que reducir más y durante mayor tiempo en las heridas de piernas que en las de brazos: también son más grandes y más gruesas las unas que los otros; es especialmente necesario que el cuerpo descanse y yazga. Nada impide volver a vendar la articulación al tercer día, ni hay obligación tampoco; todas las demás curas hay que hacerlas de modo semejante, como en los casos repasados. Si el herido tiene paciencia para guardar cama sin moverse, serán suficientes cuarenta días, con tal de que los huesos se reinstalen en su propio lugar; si el paciente no quiere permanecer quieto, no recobrará fácilmente el uso de su pierna y necesitará estar vendado durante mucho tiempo. Sin embargo, cuando los huesos no se reinstalan completamente en su propio sitio, sino que falta algo, con el tiempo se adelgazan cadera, muslo y pierna: si la dislocación es hacia dentro, se adelgaza la parte de fuera, y si es hacia fuera, la de dentro; pero la mayor parte de las dislocaciones son hacia dentro.

Fractura de la pierna

15 Cuando se fracturan ambos huesos de la pierna sin herida externa, se requiere una extensión más fuerte. Si las imbricaciones son grandes, practicar la extensión con alguno de los métodos que han sido mencionados antes. Pero también sirven las extensiones a base de fuerza humana: pues en la mayoría de los casos pueden valer dos hombres fuertes, uno tirando de un lado y otro de otro. Hay que ejercer la tracción en línea recta según la dirección natural y la rectitud de la pierna y del muslo, tanto si haces la extensión de los huesos de una pierna fracturada como si se trata del muslo. Aplicar el vendaje así, mien-

tras ambos están extendidos[30], vendes la parte que vendes; porque no conviene lo mismo a la pierna y al brazo: en efecto, una vez que se han vendado los huesos rotos del codo y del húmero, el brazo se levanta en cabestrillo, y, si vendas las partes en extensión, las posiciones de las carnes se alteran al doblar el codo: porque es imposible que el codo esté mucho tiempo extendido, pues no se suele adoptar esa postura muchas veces, sino la de estar doblado; y particularmente además por el hecho de que los hombres, si bien pueden caminar (cuando tienen el brazo roto), necesitan tener el brazo flexionado por el codo. Pero la pierna, tanto en los que marchan como en los que están de pie, suele necesitar estar extendida, o bien al completo o bien un poco; por naturaleza, acostumbra a estar en una posición hacia abajo, con vistas precisamente a soportar el peso del resto del cuerpo: es por eso por lo que le resulta llevadero a la pierna el estar extendida cuando lo necesita; y el hecho es que en las camas muchas veces está en esa posición; y ya, cuando se rompe, la necesidad subyuga la inclinación natural de los pacientes, porque ya no pueden levantarse, de modo que ya ni se acuerdan de flexionar la pierna ni de ponerse en pie, sino que se contentan con estar echados en esa posición. Por esas razones efectivamente no conviene la misma posición al efectuar la extensión o el vendaje al brazo y a la pierna. La verdad es que, si basta con la extensión a base de tracción humana, no es necesario esforzarse inútilmente —pues es de lo más absurdo recurrir a las máquinas sin hacer falta—, pero, si no basta con la extensión a base de tracción humana, hay que aplicar, de entre los distintos medios mecánicos de fuerza, el que sea conveniente. Cuando el miembro sufra la

[30] Se refiere a la pierna y el muslo.

extensión suficiente, será más fácil ya enderezar los huesos y llevarlos a su lugar natural, enderezándolos y haciendo la coaptación con las palmas de las manos.

16 Después de haberlo ajustado, vendar el miembro extendido con los rollos de venda y aplicar en derredor los primeros rollos, hacia la derecha o hacia la izquierda, según les convenga; aplicar el cabo del rollo de venda en la zona de la fractura, y dar alrededor las primeras vueltas; después, dirigirse vendando hacia la parte de arriba de la pierna, como se ha dicho al hablar de otros tipos de fracturas. Con respecto a las vendas, tienen que ser más anchas y más largas, y también mucho más numerosas, las que se apliquen a la pierna que las de los brazos. Una vez que hayas aplicado el vendaje, pon el miembro encima de algo que sea liso y blando, de forma que no se dé la vuelta a un lado o a otro, y que no sea ni cóncavo ni convexo; está especialmente indicado un cojín, de lino o de lana, que no sea duro, haciéndole un hundimiento longitudinal en medio, o cualquier otra cosa que se le parezca.

Sobre las tablillas que se ponen bajo las piernas fracturadas, no sé bien qué aconsejar: ¿hay que ponerlas por debajo o no? Porque sin duda son útiles, pero no tanto como creen los que las ponen: pues la verdad es que las tablillas no obligan al paciente a guardar reposo, como creen; efectivamente, por una parte, la tablilla no obliga a la pierna a seguir el movimiento del resto del cuerpo cuando éste se da la vuelta, si el mismo paciente no presta atención; y, por otra, la tablilla a su vez impide que la pierna se mueva a un lado y a otro sin el cuerpo; además, es de lo menos soportable tener puesta por debajo una madera, a menos que uno le aplique por encima algo blando; pero en cambio es muy útil en los cambios de ropa de cama y en los traslados al retrete. Con tablilla o sin tablilla

se puede disponer el asunto bien o mal. Pero también resulta más convincente para las gentes del pueblo, en el sentido de que el médico está más libre de responsabilidad si se aplica una tablilla, aunque sea menos propio del arte médica. La verdad es que la pierna tiene que yacer sobre algo liso y blando, eso sí, completamente estirada: porque el vendaje necesariamente se vence por cualquier desviación de la postura, cualquiera que sea la dirección en que se desvíe o las partes que se desvíen. El paciente, vendado, que responda lo mismo que se ha dicho también antes: porque el vendaje tiene que ser de esa manera, hay que alejar la inflamación a los extremos de aquella forma, y los aflojamientos también así, lo mismo que los cambios de vendas cada tercer día; que se encuentre más flaca la parte vendada, e ir haciendo los vendajes más prietos y con más rollos de venda. Enrollar el pie con poca presión si la herida no está demasiado cerca de la rodilla. Practicar una extensión moderada, y hay que hacer la coaptación en cada vendaje: pues, si se trata correctamente y la inflamación desciende conforme a razón, la parte vendada estará aún más ligera y delgada, y los huesos por su parte cada vez más móviles, obedeciendo más a la extensión. Cuando llegue el día séptimo, noveno o undécimo, aplicar las tablillas, como se ha dicho también en otros tipos de fracturas. Hay que tener cuidado con las posiciones de las tablillas, por un lado en la dirección de los tobillos y por otro en la del tendón que, en la pierna, se dirige al pie. Los huesos de la pierna se consolidan en cuarenta días si se ha hecho el tratamiento correctamente. Pero si sospechas que alguno de los huesos necesita una rectificación, o bien si temes una ulceración, hay que volver a vendar en el intervalo tras haber deshecho el vendaje anterior y de haberlo puesto en orden.

FRACTURA DEL PERONÉ

17 Si se fractura en la pierna el otro hueso [31], se necesita una extensión más suave. Sin embargo, no hay que descuidarse ni ser blando en la extensión; especialmente en el primer vendaje hay que practicar la extensión siempre, sin dudas, en todo lo que alcance cualquier fractura, y, si no, cuanto más rápido mejor; porque, sin haberse reducido los huesos convenientemente, la parte que uno oprima al vendar se convierte en la parte más dolorosa. Y el resto del tratamiento es el mismo.

FRACTURA DE LA TIBIA

18 De los huesos, el de dentro de la parte llamada espinilla es el más difícil de tratar en medicina, ya que necesita más extensión, y, si no quedan correctamente puestos los huesos, resulta imposible ocultar la deformidad: porque toda esa parte está expuesta a la vista y desprovista de carne; con ese hueso roto, los pacientes no pueden apoyarse sobre la pierna hasta mucho más tarde. Si es el de afuera el hueso que se rompe, les resulta mucho más llevadero y mucho más fácil de ocultar, y, aunque no se componga como es debido, (al estar cubierto de carne) muy pronto se levantan sobre sus pies, porque la mayor parte del peso se apoya en el hueso interno de la espinilla. En efecto, la verdad también es que el hueso interior tiene la mayor parte del trabajo, por la conformación misma de la pierna

[31] En griego *tò héteron ostéon* 'el otro hueso'. Littré y otros interpretan que se trata del peroné, y así es, pero el término griego es ambiguo.

y por la línea recta del peso que carga en la pierna; la cabeza del fémur soporta la parte superior del cuerpo, y ésta, por naturaleza, está situada hacia la parte interior de la pierna y no hacia la exterior, sino en la dirección de la tibia; y, por otra parte, la mitad inferior del cuerpo se encuentra más vecina a la línea de ese hueso, pero no a la del hueso exterior; además está que el interior es más grueso que el exterior, lo mismo que en el antebrazo el hueso que está en línea con el dedo meñique [32] también es más delgado y largo. Sin embargo, en el miembro inferior, la disposición del hueso más largo [33] no es similar: porque el codo y la rodilla se doblan de distinta manera. Por esas razones, cuando se rompe el hueso exterior las recuperaciones son rápidas, pero cuando se rompe el interior las recuperaciones son lentas.

Fractura del fémur [34]

Si se fractura el hueso del muslo, hay que practicar 19
la extensión principalmente de forma que no sea insuficiente, aunque la verdad es que practicada en exceso tampoco haría ningún daño: de hecho, ni aunque uno vendase los huesos separados por la fuerza de la extensión tendría fuerza el vendaje para mantenerlos separados, sino que los huesos acabarían uniéndose el uno al otro en cuanto que los ayudantes aflojaran la tensión; porque las carnes, co-

[32] El cúbito.

[33] El peroné.

[34] Entre las luxaciones del fémur se mencionan la abturatoria (hacia abajo), la ilíaca (hacia afuera), la isquiática (hacia atrás) y la púbica (hacia dentro).

mo son espesas y fuertes, superarán al vendaje, pero no serán dominadas. Acerca de lo que estamos tratando, hay que practicar una extensión muy bien hecha y sin interrupción, sin olvidar nada: pues grandes son la vergüenza y el perjuicio al enseñar un muslo más corto de lo normal. Porque la mano, acortada, puede ocultarse y no constituye una gran desgracia; pero una pierna acortada mostrará cojo al paciente: pues la pierna sana, puesta al lado en comparación, al ser más larga, lo evidencia, hasta el punto de que más valdría que el que vaya a recibir un tratamiento incorrecto se rompiera las dos piernas a la vez mejor que una sola: así por lo menos el paciente podría quedar equilibrado en sí mismo. Pues bien, una vez que le hayas practicado una extensión suficiente, después de haber ajustado las partes con las palmas de las manos, hay que vendar igual, como se ha descrito antes, aplicando los cabos como se ha dicho y dirigiéndose en el vendaje hacia arriba. Que el paciente dé las mismas respuestas que antes, que experimente los mismos dolores y mejorías; que se vuelva a vendar de la misma manera, así como también la misma aplicación de tablillas. El muslo se consolida en cincuenta días.

20 Por otra parte también hay que tener presente lo que sigue, que el fémur está combado hacia la parte de fuera más que hacia la de dentro, y hacia la parte delantera más que hacia la trasera; por tanto, los fémures se distorsionan precisamente en esos puntos cuando no se tratan como es debido; además, es también allí donde el muslo está menos recubierto de carne, así que esas partes ni siquiera se pueden disimular en la distorsión. Si tienes alguna sospecha en ese sentido, hay que hacer uso de las máquinas de extensión, como se aconsejaba en la distorsión del antebrazo. Hay que aplicar unos cuantos rollos de venda en derre-

dor a ambos lados de la cadera y del talle, de manera que las ingles y la articulación que está en la llamada horcajadura [35] queden incluidas en el vendaje: pues, entre otras utilidades, sirve también para que los extremos de las tablillas no hagan daño al entrar en contacto con las partes no vendadas. Hay que dejar siempre un intervalo suficiente entre la parte desnuda y las tablillas en cada extremo; y siempre hay que tener cuidado con la posición de las tablillas, a fin de que, por una parte, no queden sobre el hueso, cuyas prominencias están por naturaleza situadas junto a las articulaciones, ni, por otra parte, sobre el tendón correspondiente.

Las inflamaciones de la corva, del pie o de cualquier 21
otra parte, provocadas por la compresión, cúbranse de mucha lana con su grasa natural, bien flexible, rociando de vino y aceite, untando por debajo con cerato, y, si las tablillas aprietan, aflojar rápidamente: puedes rebajar su efecto si, levantando las tablillas, vendas las partes hinchadas con vendas suaves, empezando desde la parte más baja y dirigiéndote hacia arriba; pues así se aminorará la hinchazón lo más pronto posible, y el aparejo estará por encima de los antiguos vendajes; pero ese tipo de aparejo no hay que usarlo, a menos que en la hinchazón haya peligro de flictenosis [36] o gangrena; pero no pasa nada de eso si uno no comprime demasiado el punto de fractura, o el paciente no lleva la parte colgada o se rasca con la mano, o si no cae sobre la piel algún otro agente irritante.

---

[35] Ángulo formado por los dos muslos también llamado perineo: región de forma romboidal que se extiende en longitud desde el subpubis a la punta del cóccix, y en anchura desde una tuberosidad isquiática a la otra. Hay un perineo anterior y otro posterior.

[36] Resiculación, presencia o formación de vesículas.

22 Si uno aplica bajo el muslo mismo una tablilla hueca [37] sin abarcar la corva, puede producir un daño antes que una utilidad: pues no impediría ni al cuerpo ni a la rodilla que se movieran sin el muslo; resultaría molesto (el entablillado) al entrar en contacto con el muslo, y además incitaría a hacer precisamente lo menos indicado: flexionar la rodilla. Porque encima podría causar todo tipo de embrollo en los vendajes aquél que hiciera una flexión en la rodilla, al estar vendados tanto el muslo como la pierna. Por fuerza los músculos cambiarían sus posiciones relativas, ora a un lado, ora a otro; y además tendrían movimiento los huesos rotos. Así que, sobre todo, hay que conseguir que la rodilla esté estirada. Podría pensarse [38] que puede ser de utilidad la tablilla hueca cuando envuelve desde la cadera hasta el pie, especialmente si se hace pasar con suavidad una cinta alrededor de la corva, lo mismo que se faja a los niños en sus cunas [39]; luego, si el muslo se distorsiona hacia adelante o hacia un lado, puede contenerse el empuje muy fácilmente con la tablilla hueca. Con que, si va de un extremo a otro, hay que instalar la tablilla hueca, y en caso contrario no.

23 Hay que cuidar mucho el extremo del talón buscando la mejor posición posible, tanto en las fracturas de pierna como en las de muslo. Pues lo cierto es que, si el pie está colgado mientras el resto de la pierna está sujeto por el aparejo, por fuerza los huesos se mostrarán convexos en

---

[37] Se distinguen en la cirugía hipocrática dos tipos de tablillas: las huecas de las que se habla aquí, en griego *sōlênes*, y las compactas, llamadas *nárthēkes* en griego.

[38] Quiere decir Hipocrátes que está indicada en las desviaciones.

[39] Fajar a los niños era una práctica común en la Antigüedad que se ha extendido hasta hace muy poco tiempo, y que aún se sigue haciendo en el ámbito rural en distintas partes del mundo.

la parte de la espinilla; y también al contrario, si por su parte el talón queda apoyado más alto de lo que debe, y el resto de la pierna por la suya está insuficientemente sostenida, por fuerza ese hueso de la espinilla tendrá una apariencia más cóncava de lo debido, especialmente si se trata de un talón de tipo grande [40]. Además, todos los huesos tardan más en consolidarse si no están situados en su posición natural y sin moverse, con la misma postura, aparte de que las formaciones del callo son más endebles.

FRACTURAS COMPLEJAS

Todo eso entiéndase que se aplica a aquellos cuyos hue- 24
sos se fracturan, pero no se salen, ni se ha producido ulceración de otra índole. Pero en quienes tienen los huesos con fracturas simples y no astillosas, por medio de la reducción practicada el mismo día o al siguiente, no es presumible la separación de astillas óseas, o bien en los casos en que, si bien se ha producido una herida, los huesos no sobresalen ni el carácter de la fractura es tal que pueda esperarse la salida a la superficie de astillas de huesos: en esos casos, los médicos que no hacen ni un gran bien ni un gran mal curan las heridas con algo que limpie, aplicando o bien unte de brea o bien un hemostático, o alguna otra cosa de las que suelen hacer; vendan por encima las compresas impregnadas de vino, o lanas sin limpiar o algo así. Una vez que las heridas están limpias y ya se une la carne, entonces emprenden el vendaje con numerosos rollos de venda y lo enderezan con tablillas. La verdad es

[40] Literalmente, en griego, «grande para la naturaleza del hombre».

que esta cura hace algo bueno, no hace un mal grande. Sin embargo, lo cierto es que los huesos no pueden quedarse fijos en su propio lugar, sino que se convierten en cuerpos [41] un poco más hinchados en el lugar de la fractura. Incluso pueden llegar a acortarse en los casos de quienes tienen rotos dos huesos, los del antebrazo o los de la pierna.

25 Por el contrario, hay otros médicos que tratan tales casos directamente con rollos de venda, y aplican las vendas a un lado y a otro [42], dejan un espacio intermedio en la parte de la herida y la dejan expuesta al aire; después aplican sobre la herida algo que limpie, y hacen el tratamiento con compresas mojadas en vino o con guedejas de pura lana. Este tratamiento es malo, y es natural que los que curan así cometan las mayores torpezas, tanto en las demás fracturas como en éstas. Porque es de la mayor importancia saber en qué lugar aplicar el cabo del rollo de venda, dónde dejar puesta la máxima presión, qué beneficios se producen si uno aplica el cabo correctamente, en qué lugar hay que apretar más, y también qué daños se producen cuando uno no aplica el cabo correctamente, ni aprieta donde más hay que apretar, sino a un lado y a otro. En efecto, queda dicho también en las palabras anteriores qué resultados se obtienen de un tratamiento y otro: la propia curación es la prueba, ya que, necesariamente, al que está así vendado se le levanta la hinchazón en el punto mismo de la herida. Efectivamente, si se venda un miembro sano a un lado y a otro, y se deja un espacio en medio, precisamente en ese espacio se hinchará y adop-

---

[41] El texto griego dice *sômata* 'cuerpos' por *ostéa* 'huesos'. Se refiere a la formación del callo.

[42] Se trata de un tipo de vendaje usado en fracturas con herida, el vendaje *énthen kaì énthen* «a un lado y a otro» del *sinus*, sin cubrirlo.

tará mal color. ¿De qué manera, pues, podría una herida evitar esos males? Porque necesariamente se sigue que la herida tiene mal color y los bordes doblados hacia fuera, poniéndose rezumante y purulenta, y, en cuanto a los huesos, hasta los que no iban a desprenderse, se acaban desprendiendo [43]; la herida puede llegar a ser palpitante y con inflamación. Se ven obligados a aplicar cataplasmas por la hinchazón, pero incluso eso es perjudicial para los vendados a un lado y otro de la herida, ya que se añade un peso inútil además de la inflamación. Cuando terminan sueltan las vendas, después que se les ha producido (a los pacientes) un agravamiento, y en adelante curan sin vendaje; y, lo que es peor, si cogen alguna otra herida similar, la curan de la misma manera, pues no saben que el vendaje a un lado y otro de la herida y la exposición de la herida al aire tienen la culpa, pero hay algún otro contratiempo; desde luego yo no escribiría tales cosas sobre eso si no supiera bien lo funesto que es ese tipo de vendaje, que muchos curan así y que es importante la rectificación, y prueba de que lo anteriormente escrito es correcto es que los puntos de fractura deben ser comprimidos en mayor o menor medida.

Es necesario, por decirlo resumidamente, que, en los 26
pacientes en que no sea de esperar que se produzca la exfoliación de los huesos, se aplique el mismo tratamiento, como también en aquéllos con los huesos fracturados pero sin herida externa; pues hay que practicar las extensiones y coaptaciones de los huesos de la misma forma, y el vendaje de una manera parecida. Después de untar en la herida misma cerato de brea, aplicar una compresa fina dobla-

[43] Descripción de la *apóstasis* o desprendimiento de materia ósea en forma de láminas superficiales.

da, y untar las partes de alrededor con un cerato ligero [44]. Los rollos de venda y demás paños hay que cortarlos un poco más anchos que si no hubiera herida, y, la primera venda que se aplique, que sea mucho más ancha que la herida; porque las que son mucho más estrechas que la herida son como ceñidores para la herida: esto no debe ocurrir. Pero la primera vuelta que abarque la herida al completo, y que la venda la sobrepase por un lado y por otro. Lo cierto es que hay que aplicar el rollo de venda directamente sobre la herida, apretar un poco menos que si no hubiera herida e irse extendiendo con el vendaje como también se ha dicho antes. En cuanto a los rollos de venda, que sean siempre del tipo más blando, y más aún en estos casos que cuando no hay herida. En cuanto a la cantidad de rollos de venda: que no sean menos que en los casos anteriormente citados, sino incluso un poco más numerosas. Cuando se haya hecho el vendaje, que al paciente vendado le parezca que ha quedado ajustado, pero no apretado; que diga que le ajusta más en la zona de la herida; en cuanto a los períodos de tiempo, los mismos tienen que ser en parecerle que lo tiene más ajustado, y los mismos también en parecerle que está más suelto, como también se ha dicho antes. Cambiar las vendas cada tercer día, haciendo todos los cambios de manera semejante a los casos antes citados, salvo que en conjunto hay que ejercer algo menos de presión en estos casos que en aquéllos. Si los resultados se producen conforme a razón, la zona de la herida se irá encontrando cada vez más dis-

---

[44] En los manuscritos se confunde frecuentemente *leukós* 'blanco' con *leptós* 'ligero'. Foes y Littré adoptan la primera lectura, mientras Withington traduce «una capa fina de cerato». También podría tratarse de un tipo de cerato rebajado, *leptós*.

minuida, y disminuido también el conjunto abarcado por el vendaje; incluso las supuraciones serán más rápidas que las de las heridas curadas de otra manera, y las carnosidades, que ennegrecieron y sufrieron necrosis en la herida, se desprenden y caen más rápido con este tratamiento que con cualquier otro, y así también la herida evoluciona hacia la cicatrización curada de esta manera antes que de otra. La razón de todo eso es que la zona de la herida se desinflama, y se desinflaman las partes adyacentes. La verdad es que estos casos hay que curarlos de manera semejante a los demás, como los huesos fracturados sin herida; pero no hay que aplicar tablillas. También por eso los rollos de venda tienen que ser más numerosos en estos casos que en los otros, ya que, por una parte, se aplica menor presión, y, por otra, porque las tablillas se aplican más tarde; sin embargo, si pones las tablillas, no aplicar en el recorrido de la herida [45], por el contrario, aplicarlas suavemente, teniendo cuidado de que no se dé una compresión grande por efecto de las tablillas; pero eso también se ha dicho en lo escrito antes. Sin embargo, sobre la dieta, hay que hacerla más estricta y durante más tiempo en los casos en que hay heridas desde un principio y en aquéllos en que hay salida de huesos; para resumir, la dieta tiene que ser más estricta y duradera en las heridas más graves.

El mismo tratamiento de las heridas también para 27
aquellos que, si bien se rompieron los huesos, en un principio no presentaron herida, pero, si en el curso del tratamiento se produce una ulceración, sea por apretar dema-

[45] En griego, *katà tèn íxin toû hélkeos.* Galeno dice que *íxis* significa aquí la largura, y que Hipócrates entiende que, si la herida es transversal, no hay que poner tablillas en absoluto. Yo he adoptado el significado de «recorrido», «trayectoria» por la relación etimológica entre *íxis* y el verbo de movimiento *hikō / hikanō.*

siado con las vendas, sea por la posición de la tablilla, o por cualquier otra causa [46]. Pues, efectivamente, eso se conoce, si subyace una ulceración, por el dolor y las hinchazones; también la inflamación que se produce en los extremos de tales heridas es más dura, y, si aplicas el dedo, la rojez se incrementa, pero desaparece enseguida a toda prisa. Pues bien, si sospechas algo de eso, es menester que, después de soltar el vendaje, si hay picor en las zonas cubiertas por las vendas o en el resto de la parte vendada, uses cerato de brea mejor que de otro tipo; pero, si no hay nada de eso y se encuentra enrojecida la herida misma, poniéndose cada vez más oscura, o sucia, las carnes supurando y los tendones a punto de soltarse, a esos pacientes no conviene en absoluto exponerlos al aire, ni tampoco hay que temer esas supuraciones, sino curarlas por lo demás de la misma manera que en quienes presentaron herida desde un principio. Hay que empezar a vendar muy flojo con los rollos de venda partiendo de la hinchazón de los extremos, después ir abarcando con el vendaje siempre hacia arriba, y no hay que dejarlo apretado por ninguna parte, sino que quede ajustado especialmente en la herida, y en los demás sitios menos. Los primeros rollos de venda, ésos que estén limpios y no sean estrechos; la cantidad de rollos, que sea tanta cuanta si se estuviera vendando con las tablillas, o un poco menos. Sobre la propia herida basta una compresa untada con cerato blanco: porque si carne o tendón se han puestos negros se desprenderán; en efecto, en tales casos no hay que curar con (ungüentos) irritantes, sino suaves, como en las quemaduras. Cambiar el vendaje cada tercer día, pero no aplicar tabli-

[46] Hay anacoluto: la frase está sin terminar y, además, presenta problemas en los manuscritos, aunque el sentido está claro.

llas; que repose (el paciente) más que antes, y que coma poco; hay que saber, sea carne o sea tendón lo que está a punto de desprenderse, que de esta forma se extiende mucho menos y se cae mucho más rápido, y las partes adyacentes se inflamarán mucho menos, que si uno quita las vendas y pone en la úlcera algún fármaco limpiador. De todas formas, si se desprende lo que está en vías de supurar, forma carne más rápido si está curado de aquella manera que de cualquier otra, y cicatriza antes. En efecto, todo consiste en saber vendar correctamente y en la medida justa. También contribuyen las disposiciones (del aparejo), las que deben ser, así como la dieta por su lado, y también la idoneidad de los rollos de venda.

Exfoliación de los huesos

Si por ventura, en el caso de heridas recientes, te has 28
equivocado por completo al pensar que no habría separación de huesos, pero hay visos de que se están saliendo afuera, no hay que temer esa forma de tratamiento [47], ya que ningún daño importante podría producirse, sólo con que seas capaz de aplicar con la mano vendajes buenos e indoloros. He aquí la señal de que va a producirse una exfoliación de huesos con esa forma de tratamiento: fluye pus abundante de la herida y parece inflamarse. Entonces hay que cambiar el vendaje con más frecuencia por la abundancia de humores: precisamente se liberan de la fiebre cuando no están demasiado comprimidos por el vendaje y la herida y sus alrededores se desinflaman; pues bien,

[47] Se refiere a la anterior.

los desprendimientos que haya de tejidos óseos muy pequeños no precisan de ninguna alteración de envergadura [48], sino que, o bien vendar más flojo para que no se intercepte la salida de pus sino que fluya bien, o, si no, está indicado cambiar el vendaje más a menudo hasta que se exfolie el hueso, y no poner tablillas.

SALIDA DE ESQUIRLAS Y VENDAJE A DOS CABOS

29 En los casos en que sea de esperar una exfoliación bastante grande, tanto si lo pronosticaste desde un principio como si te diste cuenta más tarde, ya no se precisa del mismo tratamiento, sino que las extensiones y las coaptaciones hay que practicarlas tal y como se ha dicho: hay que poner compresas dobles, de medio palmo de anchura, no menores (según cómo sea la herida, regirse por ello); en cuanto a la longitud, un poco más cortas que como para hacerles dar dos vueltas alrededor de la parte del cuerpo herida, pero mucho más largas que como para dar la vuelta una sola vez; en cantidad, cuantas convengan; después de hacerlo, empapándolas de vino negro astringente, hay que aplicarlas empezando por su punto medio, tal y como se aplica el subvendaje [49] a dos cabos, ir envolviendo, y más tarde, después de cruzarlos oblicuamente, dejar sueltos los cabos. Eso hay que hacerlo en la misma herida y a ambos lados de la herida: que no quede apretado, sino que se mantenga lo que pueda como soporte de la herida. En la propia herida hay que poner cerato a la brea, o algún remedio [50] para heridas sangrantes o de otro tipo, lo

[48] En el tratamiento, se entiende.

[49] Se refiere al *hypodesmís*.

[50] Hipócrates usa aquí el término *phármakon*.

que resulta apropiado para una fomentación. Si el tiempo es estival, empapar frecuentemente las compresas con vino, pero, si es invernal la estación, aplicar abundantes guedejas de lana en sucio [51] mojadas con vino y aceite [52]. Conviene extender por debajo una piel de cabra, que haga que fluyan con facilidad los líquidos, vigilando los drenajes y recordando que esos lugares, en los pacientes que yacen largo tiempo en las mismas posturas, forman llagas de difícil curación.

La extensión continua

Los casos que no puedan tratarse con vendaje por 30
medio de alguna de esas maneras descritas o de las que se describirán después, en esos casos hay que actuar principalmente de modo que (los pacientes) tengan la parte del cuerpo fracturada en buena postura, según la rectitud normal, atendiendo a lo de más arriba con preferencia a lo de más abajo. Si uno pretende trabajar bien y con destreza, vale la pena servirse de las máquinas para que la parte fracturada del cuerpo tenga una extensión adecuada y no violenta; incluso está más indicado en la pierna el hacer tratamiento mecánico. Ahora bien, también hay quienes, en todas las fracturas de pierna, lo mismo en las vendadas que en las no vendadas, atan la punta del pie a la cama o a algún madero de otro tipo que hayan clavado junto a la cama. Ésos sí que lo hacen todo mal y nada bien;

---

[51] Sobre el uso de lana pura, con su grasa, en la curación de heridas, cf. Aristófanes, *Acarnienses* 12, *Avispas* 275, *Lisístrata* 987.

[52] También en la famosa parábola del buen samaritano éste cura las heridas de la víctima de un atraco con vendas impregnadas de aceite y vino, como podemos leer en Lucas, 10, 34.

porque, por un lado, el tener atado el pie no sirve para practicar una extensión, ya que no por ello el resto del cuerpo dejará de avanzar hacia el pie, y así ya no puede haber extensión; y, además, por otro lado, en nada contribuye a la rectitud normal, al contrario, incluso hace daño: en efecto, cuando el resto del cuerpo está volteado hacia acá o hacia allá, la atadura no va a impedir en absoluto que el pie y los huesos que están unidos al pie sigan el movimiento del resto del cuerpo; si no se tenía atado, puede haber menos distorsión, ya que (el pie) tenía menos posibilidades de rezagarse con el movimiento del resto del cuerpo [53]. Pero si uno cose dos rodetes de cuero egipcio, semejantes a los que suelen llevar los que han estado encadenados mucho tiempo con enormes grillos; los rodetes pueden tener por uno y otro lado unas coberturas, más anchas para la zona de la herida y más ligeras para la de las articulaciones; tendrían que ser de buen espesor y suaves, y se ajustan la una por encima de los tobillos y la otra por debajo de la rodilla; por cada uno de los lados se pueden coser unas tiras dobles a un lado y a otro hechas de una pieza de cuero simple o doble, muy delgadas, como correas, las unas tocando el tobillo por cada cara y las otras la rodilla; y el otro rodete de arriba que se sitúe en la misma dirección recta [54]. Después, cogiendo cuatro varillas de madera de cornejo [55] que sean en anchura semejantes las unas a las otras, como de un dedo de grosor, y

[53] Es decir, el pie acompañaba en mayor medida el movimiento del resto del cuerpo.

[54] Es decir, debajo del primero, bordeando el contorno a lo largo de la pierna, para una mayor sujeción.

[55] En griego *kráneia*, *Cornus mas*, en castellano cornejo macho, árbol silvestre del centro y el sudeste de Europa, de madera especialmente dura, de ahí su empleo en este aparejo.

de un tamaño tal que, curvadas, entren ajustándose a los soportes, cuidando de que los extremos de las varillas encajen, no junto a la piel, sino junto a los extremos de los rodetes. Tienen que ser tres pares de varillas, e incluso más, unas un poco más largas que otras, y otras ligeramente más cortas y más pequeñas, para ejercer así más o menos tensión si se quiere. Las varillas se sitúan a ambos lados de los rodetes. Efectivamente, si ese mecanismo está bien dispuesto, se obtendrá la extensión justa y uniforme según la rectitud natural, y no habrá dolor alguno en la herida; pues las presiones, si es que se produce alguna presión, serán dirigidas unas hacia el pie y otras hacia el muslo; las varillas quedan mejor dispuestas unas encima y otras debajo de los tobillos, de modo que no entorpezcan la posición de la pierna, y la herida queda fácil de inspeccionar y manipular: pues no hay ningún impedimento en juntar, si se quiere, las varillas de arriba con las otras, o bien si se pretende hacer una aplicación ligera y que lo aplicado no toque la herida. Si los rodetes que se cosen son suaves, de buena calidad, blandos y de piel tierna, y se ejerce la tensión [56] justa de las varillas, como ya se ha dicho, el mecanismo es muy útil; si alguna de esas cosas se hace mal, puede hacer más daño que beneficio. Esto hay que aplicarlo también a los demás mecanismos, o valerse de ellos correctamente o no valerse de ellos, pues es vergonzoso y contrario al arte hacer un mecanismo y que no funcione.

[56] Hipócrates usa aquí la palabra *éntasis* quizá con el mismo significado que tiene en arquitectura referido a las columnas, el de «estricta verticalidad».

Cuándo hacer la reducción

31 Además, la mayor parte de los médicos curan las fracturas con y sin ulceraciones con lanas en sucio durante los primeros días, y eso no parece que sea nada contrario al arte. En efecto, los que se ven obligados por la existencia de heridas recientes a hacer el preparativo con lana, porque no tienen vendas, para ésos que haya la máxima comprensión: pues si uno está sin vendas, no habrá nada mejor para vendar que la lana; tiene que ser abundante, bien trabajada y sin nudos, pues si es escasa y de mala calidad también es escaso el efecto. Los que consideran acertado vendar con lana uno o dos días, al tercero o cuarto aprietan vendando con rollos de venda, y entonces es cuando hacen más extensión, ésos ignoran buena parte del arte médica, y una cosa muy importante: lo que menos hay que hacer al tercer o cuarto día es maltratar cualquier clase de lesión, por decirlo en resumen; precisamente esos días hay que evitar todo tipo de comprobaciones y demás en las heridas que estén irritadas. Porque, en general, los días tercero y cuarto provocan en la mayoría de las heridas los enconamientos, tanto los que evolucionan hacia la inflamación y la impureza como los que tienden a procesos febriles; esa enseñanza es de mucho valor, si es que hay alguna otra que lo tenga; porque este principio, ¿con cuál de los principios básicos del arte médica no está en íntima relación, no ya en lo que se refiere a las heridas, sino también a otras muchas enfermedades? A no ser que uno diga que las otras enfermedades también son heridas: porque ese razonamiento también tiene alguna equidad, ya que muchas veces unas cosas diversas se han hermanado con otras. Sin embargo, cuantos médicos consideran apropiado usar

guedejas de lana hasta que pasen siete días, practicar luego la extensión y la coaptación y vendar con rollos de venda, ésos no podrían parecer incompetentes de la misma manera: porque el momento más peligroso para la inflamación ya ha pasado, y tras esos días los huesos pueden estar sueltos. Sin embargo, ese cuidado es muy inferior a la aplicación de rollos de venda desde el principio: pues aquella forma presenta heridas sin inflamar a la semana, y prepara a vendar finalmente con tablillas; en cambio, esa manera se retrasa mucho, y tiene también algunos otros perjuicios. Pero escribir todo esto sería muy largo.

Reducción por medio de palanca

Ésta es la extensión que se ha de practicar en quienes tienen los huesos rotos y, habiéndose salido, no se pueden fijar en su propio lugar. Hay que hacer unas barras de hierro de la manera en que las tienen las palancas de que se sirven los canteros, una más ancha y otra más estrecha; tienen que ser tres o incluso más, de modo que uno pueda usar las que se ajusten al máximo; luego, con la extensión, hay que servirse de ellas para hacer palanca, apoyándose la parte inferior (de la barra de hierro) en la parte inferior del hueso, y la parte superior de la barra en la parte de más arriba; dicho simplemente, como si uno hiciera palanca con fuerza sobre una piedra o un madero; las barras de hierro que sean lo más resistentes posible, para que no se doblen. Ésta es una gran ayuda, si las barras son adecuadas y uno ejerce la palanca como se debe; de cuantos mecanismos para levantar han ideado los hombres, los más

eficaces son estos tres, noria [57], palanca y cuña: sin esos procedimientos, sin uno solo o sin todos ellos, los hombres no llevan a cabo obras de las que requieren mucha fuerza. Ciertamente no se debe desdeñar la tracción por palanca, porque los huesos caerán en su lugar o así o de ninguna otra forma. Ahora bien, si la parte superior descolocada del hueso no tiene un punto de apoyo conveniente para la palanca, sino que termina en punta con la que resbala, hay que disponer un punto de apoyo del hueso seguro para la palanca practicando una resección; conviene hacer la palanca y practicar la extensión el mismo día o el siguiente, pero no al tercer día, y menos aún al cuarto o al quinto: durante esos días se podría producir una inflamación en el miembro que uno está molestando sin enderezarlo, y, si se endereza, no se causa mayor molestia; sin embargo, si se hace la reducción, uno puede causar mucho más un espasmo que si fracasa al hacerla. Eso hay que saberlo bien: si sobreviene un espasmo cuando se está practicando la reducción, la verdad es que no hay muchas esperanzas de salvación; mejor volver a descolocar el hueso, si se puede de forma indolora [58]. Porque espasmos y tétanos sobrevienen, no en las partes que están más relajadas que lo normal, sino en las que están más tensas. Así, sobre lo que estamos tratando, no hay que producir molestias en esos días antedichos, sino procurar que la herida se inflame lo menos posible y supure al máximo. Una vez que hayan pasado siete días o algo más, si está sin fiebre y no se inflama la herida, entonces hay menos impedimento en intentar practicar la reducción, si es que esperas tener

[57] En griego *ónou periagogé* «vuelta del asno», me parece que se refiere al mecanismo de la noria, aunque Littré traduce «manubrio».

[58] Quiere decir si el paciente está desmayado.

éxito, y, si no, no hay que molestar ni molestarse inútilmente.

TRATAMIENTO TRAS LA REDUCCIÓN DE LOS HUESOS SALIDOS A TRAVÉS DE LOS TEGUMENTOS

Si has reducido los huesos a su propio lugar, ya se 32
han descrito los modos en que hay que curar, tanto si esperas que se salgan huesos como si no. Si esperas que haya salida de huesos, en todo caso hay que hacer el vendaje con el procedimiento de los rollos de venda, empezando por la parte central del rollo, yendo a más, lo mismo que se aplica un subvendaje a dos cabos; hay que juzgar por la forma de la herida, a fin de que, mientras dure el vendaje, esté lo menos posible abierta y con los bordes hacia fuera; porque en unas lo suyo es vendar a derechas, en otras a izquierdas, y en otras partiendo de los dos cabos.

IMPOSIBILIDAD DE REDUCCIÓN; NECROSIS. RESECCIÓN DE FRAGMENTOS

Los huesos en que haya fallado el tratamiento de re- 33
ducción para que cayesen en su sitio, ésos hay que saber que se acabarán saliendo, así como también los que terminaron pelados de carne. De unos se pela la parte de arriba, y de otros las carnes mueren a ambos lados en derredor; en unos casos se pudren algunos huesos de los que están junto a la herida primitiva, y en otros no; en unos casos más y en otros menos, y puede tratarse de huesos pequeños o de grandes. Así pues, por las razones dichas no es

posible decir con un término único cuándo se producirá la separación de huesos: pues unos por su pequeñez y otros por estar en un extremo se separan más rápido; otros, por no separarse, sino por desconcharse tras desecarse y haber entrado en necrosis: con relación a ésos, hay diferencias de un tratamiento a otro. Como en general los huesos que más fácilmente se separan son aquéllos cuyas supuraciones son más rápidas, también son más rápidas y de mejor aspecto las regeneraciones de carne, pues que las mismas carnes que salen en sustitución van levantando cada vez más los huesos en la zona lesionada. Ciertamente, un fragmento circular completo de hueso, si se separa en un plazo de cuarenta días, se separará bien; porque en algunos casos se llega a sesenta días: los huesos más porosos se separan antes, y los más sólidos después; en cuanto a los demás, los más pequeños se separan mucho más adelante, y cada uno de una manera. Hay que hacer la resección del hueso que sobresalga en las siguientes circunstancias: si no puede ser reducido y parece que le falte poco para entrar y que puede quitarse; si duele alguna parte carnosa, aplasta, proporciona una mala posición y se encuentra pelada, hay que quitar esa parte. En los demás casos no hay mucha diferencia entre hacer la resección y no hacerla. Pero hay que saber con certeza que los huesos, los que han terminado pelados de carne y secos, muy pronto todos terminarán por separarse. Los que están a punto de la exfoliación, ésos no hay que resecarlos: por los signos establecidos hay que conjeturar los huesos que acabarán separándose.

CURA DEL CASO ANTERIOR

Hay que curar tales casos con compresas y aplicación 34
medicinal de vino, como ya se ha dicho también antes al tratar de los huesos a eliminar. Hay que tener cuidado de no enjugar al principio con líquidos fríos, porque hay peligro de tiritonas piréticas y también hay peligro de espasmos: pues las cosas frías provocan un espasmo y a veces incluso ulceracions. Hay que saber que por fuerza encogen los cuerpos en las siguientes circunstancias: cuando ambos huesos están rotos y se los cura fuera de su sitio, y cuando se ha separado todo un segmento circular del hueso.

SALIDA DEL FÉMUR O DEL HÚMERO

Aquellos a quienes se les ha salido el hueso del muslo 35
o del brazo, ésos no se recuperan mucho. Porque son huesos grandes y de mucho tuétano, y los tendones, músculos y vasos lesionados juntamente son muchos e importantes; en efecto, si reduces la fractura, suelen sobrevenir espasmos, y en los que no se practica reducción fiebres agudas, biliosas y con hipo, y se produce melanosis [59]; no mejoran menos aquellos en quienes no se practicó la reducción o ni siquiera se intentó; se recuperan los que tienen salida la parte inferior del hueso más que los que tienen salida la superior; puede que se repongan los que hayan sido sometidos a reducción, pero la verdad es que es raro. Porque unos cuidados difieren mucho de otros, lo mismo que di-

[59] Alteración de los tejidos orgánicos caracterizada por el color oscuro que presentan.

fieren en resistencia las distintas naturalezas de los cuerpos. Es muy diferente si los huesos del brazo o del muslo se salen hacia dentro: en la parte interior son muchas e importantes las extensiones de vasos, heridas algunas de las cuales pueden ser mortales; en cambio en la parte exterior hay menos. Así pues, en tales heridas no hay que olvidar qué clase de peligros hay, y conviene hacer el pronóstico según los momentos. Pero si fuera necesario hacer la reducción, si tienes esperanzas de hacerla, no es mucha la desviación del hueso y los músculos no se han movido mucho a la vez —pues suelen acompañar—, en esos casos puede resultar bien la palanca en combinación con la extensión.

Tratamiento del caso anterior

36 Después de la reducción hay que administrar un eléboro suave [60] el mismo día, si es que se ha practicado la reducción el mismo día; si no, no hay que intentarlo; hay que curar la herida con los mismos remedios que se usan en los huesos de una cabeza rota, sin aplicar nada frío, y privarle (al paciente) por completo de alimentos sólidos; si es de naturaleza biliosa [61], prescribirle una dieta a base de un poco de hidromiel aromática [62] rociada en agua; si no es bilioso, se usará agua como bebida; si tiene fiebre

[60] Aquí se usa la palabra *malthakón* 'suave, blando', y el comentario de Galeno indica que debe tratarse de un eléboro atenuado, pero véase la nota 25.

[61] Es decir, si domina en él la bilis amarga, si es *pikróchokos;* sobre las características atribuidas por la medicina hipocrática al tipo bilioso, véase P. Laín Entralgo, *La medicina hipocrática,* Madrid, 1970, págs. 159-160.

[62] La palabra que se usa en el texto griego es *oxýglyky,* véase la nota 26.

de continuo, prescríbase la dieta así al menos durante catorce días, y si está sin fiebre durante siete días; más tarde, en razonable progresión, ir conduciéndolo a una dieta ordinaria. En los casos en que los huesos no hayan sido reducidos hay que hacer una medicación similar, tanto en lo que se refiere al cuidado de las heridas como a la dieta; de igual forma, no estirar la parte suspendida del cuerpo, sino acercarla más, de modo que la zona de la herida esté lo más relajada posible. La eliminación de huesos lleva tiempo, como también se ha dicho antes. Especialmente hay que evitar los casos esos, siempre y cuando uno tenga airoso el escape. Porque las esperanzas son pocas y los peligros muchos: si no se reduce, uno puede parecer inhábil [63], y, si se reduce, puede llevar al paciente más cerca de la muerte que de la salvación.

Luxaciones de la rodilla y comparación de la misma con el codo

37 Las luxaciones y las dislocaciones parciales en las rodillas son mucho más benignas que los desplazamientos y luxaciones en el codo; en efecto, el extremo articular del fémur es más ligero en comparación con el grosor del hueso que el del húmero, porque es el único que presenta una conformación natural apropiada, que es la redonda; en cambio, el extremo articular del húmero es grande, y por ende tiene más cavidades. Además de eso, los huesos de la pierna son de un tamaño semejante, y el hueso de fuera sobre-

[63] En griego *átechnos*, es decir, sin *téchnē iatrikḗ*, sin oficio.

sale una pizca indigna de mención [64], sin ser obstáculo para ningún movimiento amplio, y de él sale el tendón exterior que hay junto a la corva; pero los huesos del antebrazo son desiguales, el más corto (radio) es mucho más grueso, el más delgado (cúbito) sobresale mucho y está por encima de la articulación; sin embargo, está articulado también con esos ligamentos por la común conformación de los huesos [65]. El hueso delgado tiene una parte más grande de la juntura de los ligamentos del brazo que el hueso ancho. Efectivamente, tal es la naturaleza de esas articulaciones y de los huesos del codo. Por su propia constitución

[64] Se trata sin duda de un error motivado por el deseo de hacer que el peroné se parezca al cúbito lo más posible, pero el peroné no alcanza el extremo de la tibia.

[65] Éste es el comentario de Galeno a este pasaje: «Hipócrates dice que la parte del cúbito que sobrepasa el radio, el codo, está ligada por los ligamentos que abarcan la diartrosis en la parte en que se reúnen el cúbito y el radio. Ha subrayado eso porque todo lo que se extiende más allá de esa parte, al estar desprovisto de carne, no tiene ninguna conexión con los ligamentos de la diartrosis; allí se inserta, junto a los ligamentos, el tendón aplanado del músculo extensor de la diartrosis del codo. Esta frase demuestra que Hipócrates llama *neûra* a los ligamentos de toda la artrosis que, por un lado, nacen en el extremo inferior del húmero, y, por otro, se insertan en los extremos del cúbito y el radio. Pues en toda diartrosis hay elementos comunes a huesos, ligamentos planos, dispuestos en círculo, de manera que representan espesas membranas. Aquí los ligamentos se unen a la cabeza del radio, pero en mayor cantidad al cúbito». También dice Hipócrates: «La unión de ligamentos del brazo es más considerable en el hueso delgado que en el grueso, es decir, en el cúbito que en el radio. Los dos huesos reciben la unión de ligamentos que nacen del brazo y que llama *neûra;* pero el cúbito tiene la mayor parte». En LITTRÉ, *op. cit.*, pág. 543, hay una descripción de la articulación del codo por Beclard muy precisa, en que se ve claro que la mayor parte de los ligamentos están en el cúbito. Littré sospecha que tan precisa observación pudo deberse a la práctica de autopsias; yo no lo creo.

natural, los huesos de la rodilla, si bien se dislocan muchas veces [66], también caen en su lugar más fácilmente; no aparece tampoco ninguna inflamación de envergadura, ni nudo en la articulación [67]. La mayoría de las dislocaciones son por la parte de dentro [68], pero también las hay en la parte externa, y a veces incluso en la corva. Las reducciones de todas ellas no son difíciles; pero en las dislocaciones, externas e internas, hay que sentar al paciente en el suelo o en algún escabel, y que tenga la pierna hacia arriba, pero no mucho. Generalmente, basta una extensión, practicando la extensión en la pierna, y la contra-extensión en el muslo [69].

El codo

Las dislocaciones del codo son más molestas que las 38
de la rodilla, y más difíciles de encajar por la inflamación y por la conformación natural, a no ser que uno lo encaje al instante; se dislocan menos que aquéllas, pero son más difíciles de encajar y volver a situar, y se inflaman y encallecen más.

---

[66] Una observación curiosa; probablemente incluye el desplazamiento de la rótula. No se habla de desplazamientos de cartílagos.

[67] Literalmente, pero parece referirse a la anquilosis.

[68] Es decir, por la parte del fémur.

[69] El comentario de Galeno llega hasta aquí, hasta donde llegaba el texto que él conocía. Pero luego se han conservado fragmentos en Oribasio, 46, 6; 47, 5, etc.

Luxaciones incompletas del codo

39 La mayor parte de esas dislocaciones son pequeños desplazamientos hacia dentro, unas veces hacia la parte de las costillas, otras hacia fuera, sin que resulte desplazada la articulación al completo, sino que se mantiene en su sitio la parte que está en la cavidad (olecraniana) del hueso del brazo, donde tiene su parte sobresaliente el hueso del codo (coronoides). Tales luxaciones, se disloque en una parte o en otra, son fáciles de reducir, y resulta suficiente la extensión que procede en línea recta, siguiendo la vertical del antebrazo, estirando una persona del carpo de la mano, rodeándolo otra por la axila, mientras otra, aplicando la palma, empuja con una mano sobre la parte dislocada, y con la otra ejerce la presión contraria poniéndola junto a la articulación (del codo).

40 Tales luxaciones ceden con presteza a la reducción si uno la practica antes de que haya inflamación. Generalmente, se inflaman más en la parte interior, pero también se inflaman en la exterior, y son bien reconocibles por la forma. Muchas veces se recolocan, incluso sin una extensión fuerte; en el caso de las luxaciones internas, por una parte hay que empujar la juntura a su lugar natural, y por otra dar la vuelta al codo inclinándolo más hacia la posición prona. Ciertamente, la mayoría de las dislocaciones del codo son así.

Luxación completa del codo hacia atrás y hacia adelante

41 Si el extremo articular del húmero sobrepasa a uno u otro lado por encima del hueso del codo que sobresale

hacia la cavidad del húmero —la verdad es que eso sucede pocas veces, si es que sucede—, en tales luxaciones la extensión requerida ya no es la que se efectúa en línea recta; porque en una extensión así resulta un obstáculo el hueso que desde el codo sobrepasa lo que excede del húmero [70]. En efecto, en pacientes con esas luxaciones hay que hacer la extensión tal y como se ha dicho antes, cuando se vendan huesos rotos del brazo: estirar, por una parte, de la axila hacia arriba, y, por otra, hacer fuerza hacia abajo por el codo; pues de esa manera el húmero será más izado por encima de la propia fosa que lo acoge, y, si se consigue alzarlo, más fácil será la extensión, empujando con las palmas de las manos, ejercer tracción con una sobre la parte del brazo dislocada, y, con otra, ejercer la tracción contraria, empujando la parte de la articulación hacia el hueso del codo, de la misma manera en ambos huesos; sin embargo, una extensión así de semejante dislocación es mínimamente más apropiada; pues también podría reducirse con la extensión en línea recta, pero menos que así.

Luxación lateral interna del antebrazo

Si el húmero se distorsiona por delante, la verdad es 42
que eso ocurre poquísimas veces, pero, ¿por qué no va a poder irrumpir una sacudida brusca de pronto? Pues muchos huesos se desplazan fuera de su propia disposición natural, incluso cuando se lo impide un obstáculo grande; con una sacudida así, es de envergadura lo que sobrepasa por encima del hueso más ancho (radio), y hay un ensan-

[70] Es decir, la eminencia del cúbito o coronoides.

chamiento grande de los ligamentos, pero, no obstante, en ciertos casos el hueso se descoyunta. Señal visible en los pacientes en los que el hueso se ha dislocado de esa manera: no pueden doblar el codo en absoluto, y también es bien reconocible cuando se palpa el extremo articular (del húmero). Si no se reduce de inmediato, se producen inflamaciones fuertes, violentas y febriles, pero, si por casualidad uno se encuentra al lado en ese momento, como basta un rollo duro bien apretado, no grande, poniéndolo transversal en donde se dobla el codo, flexionar el codo enseguida y acercar la mano al hombro lo más posible. Esa reducción resulta suficiente en los dislocados de esa forma. Pero también la extensión en línea recta puede arreglar ese tipo de reducción: en efecto, hay que usar las palmas de las manos, aplicándolas una persona en el extremo humeral que sobresale en el codo, para ejercer una presión hacia dentro, y otra aplicándolas desde abajo en la punta del codo, que ejerza la presión contraria, inclinándose en la dirección recta del codo [71]. También es plausible en ese tipo de luxación aquel modo de extensión antes descrito, el que se refería a cómo hay que practicar la extensión en los huesos rotos del húmero, si es que se va a vendar; y, después de hacer la extensión, hay que hacer las aplicaciones de las manos de esa manera, como también se ha dicho antes.

Dislocación lateral externa del antebrazo

43 Si el húmero se descuelga por detrás (hacia dentro) —eso ocurre pocas veces, y es la fractura más dolorosa y febril de todas, con continuas fiebres y vómitos de bilis,

[71] Es decir, en la dirección del cúbito.

mortales y de pocos días—, esos pacientes no pueden estirar el brazo. Si estás a su lado en ese momento por fortuna, hay que hacer fuerza en el codo estirado, y se coloca en su lugar automáticamente. Pero si te llega con fiebre, entonces ya no hay que reducir: el dolor, al empujar con fuerza, podría matarlo. Para decirlo en resumen, no hay que reducir ninguna articulación mientras dure la fiebre, y menos la del codo.

Separación del radio

Hay también otras lesiones dañinas en el codo, por 44
ejemplo la siguiente: es cuando el hueso más gordo (el radio) se ha descoyuntado del otro, y (los pacientes) no pueden ni doblar ni extender el codo como antes; es evidente por la palpación en el ángulo del codo en la bifurcación del vaso sanguíneo que se extiende hacia la parte de arriba del músculo; en los casos en que ocurra eso, ya no resulta fácil volverlo a poner en su lugar natural; porque no es fácil que ninguna sínfisis de dos huesos se reinstale en su sitio original después de haberse desplazado, sino que necesariamente la separación de los huesos forma un tumor. Cómo hay que vendar en una articulación se ha dicho a propósito del vendaje en el tobillo.

Fracturas del olécrano en su base y en su extremo. La apófisis coronoide

Hay casos en que el hueso del codo (el cúbito) se rompe 45
en su parte subyacente al húmero, unas veces en su parte

cartilaginosa de la que sale el tendón que va por detrás del húmero, ⟨y otras en lo que está delante al principio de la base de la apófisis coronoide⟩, y, cuando esa parte se desplaza, es febril y maligna, aunque la extremidad articular permanece en su sitio; pues toda su base sobresale por ese punto [72]. Pero cuando la rotura (del cúbito) es allí donde reposa la cabeza del húmero, la articulación se hace más móvil, si es que la fractura del hueso es completa. Es más inofensiva, por decirlo en resumen, cualquier fractura de los huesos que aquellos casos en que los huesos no se rompen, pero en esos sitios quedan magullados vasos y ligamentos importantes; pues estas últimas contusiones llevan más cerca de la muerte que aquéllas, si le ataca a uno una fiebre continua.

Fractura del extremo inferior del húmero

46 Hay casos en que la misma cabeza del húmero se fractura en su epífisis; y eso, aunque parece que es muy grave, de alguna forma es mucho más simple que los daños en el codo.

Reglas comunes para todas las lesiones del codo. Posición [73]

47 Está descrito cómo se ajusta cada una de las luxaciones para curarlas más apropiadamente, y también que lo más

[72] Es decir, el extremo articular del húmero queda enteramente sobre el olécrano cuando se doble el brazo.

[73] Como dice Pétrequin, las precisiones espaciales de los hipocráticos —delante, atrás, dentro, fuera—, sólo pueden entenderse teniendo en cuenta

conveniente es reducir el miembro en el momento por la rapidez con que se inflaman los ligamentos. Porque si, tras haberse descolgado, vuelven a caer en su lugar enseguida, los ligamentos no obstante tienden a contraerse y a impedir que se realicen la extensión y la flexión cuanto solían. Todas esas lesiones requieren un tratamiento similar, tanto las que tienen rotura en la articulación como las que tienen diástasis o dislocación: pues bien, todas ésas hay que curarlas con muchos rollos de venda, con compresas y con cerato [74], como también las demás fracturas. La posición del codo, en ésas y en todas las demás, hay que lograrla de la misma manera que en los casos en que se venda el brazo roto o el codo, porque esa posición es muy común en todas las luxaciones, desplazamientos y fracturas; en verdad, es la más usual con vistas a ulteriores posturas, la de extenderse y la de doblarse, pues las trayectorias en ambas direcciones son semejantes. Esa posición es también la más fácil de mantener y de colgar para el mismo enfermo. Además de eso, si llegara a prevalecer la anquilosis, si el brazo se mantiene alzado en posición extendida más vale que no se añada esa condición negativa [75], pues serviría mucho de impedimento, pero poco de utilidad; en cambio, si está flexionado, puede ser mucho más ventajoso, y mucho más ventajoso aún si se anquilosa en la posición intermedia. Esto en lo que se refiere a la posición.

---

que para ellos la posición «natural» del brazo es aquella en que la palma de la mano se halla adosada al cuerpo, cuando el brazo está extendido a lo largo de éste.

[74] Véase nota 28 al *Dispensario*.

[75] Es decir, más vale que no se tenga el brazo extendido con anquilosis.

PUESTA DE VENDAS, TABLILLAS Y COMPRESAS

48 Hay que vendar aplicando el cabo del primer rollo de venda en el lugar de la lesión, si hay fractura, dislocación o diástasis [76], dar las primeras vueltas en ese punto y que quede especialmente ajustado en ese punto, y menos a los lados. Hay que hacer el vendaje extensivo al codo y al brazo, y se irá abarcando cada vez más en uno y otro de lo que lo hacen la mayoría, a fin de que la hinchazón se desvíe lo más posible del *sinus* hacia los lados. Que se abarque también la punta del codo, tanto si el *sinus* se encuentra en ese punto como si no, para que la tumefacción no se junte allí en torno al mismo sitio. En el vendaje hay que evitar que quede amontonado mucho rollo de venda en el codo en la medida de lo posible. Que quede ajustado especialmente en el *sinus*. Por lo demás, entiéndase el asunto de la compresión y la relajación en los mismos términos y de acuerdo con los mismos períodos de tiempo respectivos que se han escrito antes al hablar de la curación de los huesos fracturados; los cambios de vendas, que tengan lugar cada tercer día; que le dé la impresión al paciente de que al tercero se aflojan, como entonces; aplicar tablillas cuando llegue el momento, pues no es nada inconveniente, haya huesos rotos o no, si no hay fiebre; y lo más flojas posible, las del brazo distribuidas por encima, las del codo montadas [77]. Que sean delgadas las tablillas; es necesario que sean desiguales entre sí para que alternen unas con otras donde convenga, a juzgar por la flexión.

---

[76] Es decir, separación de materia ósea.

[77] Al parecer, Hipócrates no disponía de tablillas angulares, y en el codo debía disponer las tablillas rígidas de forma que unas solapasen a las otras en los lados.

Pero también hay que hacer la aplicación de las compresas de forma que, tal y como se ha dicho de las tablillas, se pongan un poco más voluminosas en la zona del *sinus*. En cuanto a períodos de tiempo, hay que conjeturar por la inflamación y por las instrucciones anteriormente descritas.

SOBRE LAS ARTICULACIONES [1]

Conozco una única forma de dislocación de la articulación del hombro: hacia la axila. Nunca la he visto hacia arriba ni hacia afuera. No puedo afirmar rotundamente que estas dislocaciones ocurran o no, aunque puedo hablar sobre ello [2]; ni siquiera he visto nunca algo que me pareciese una dislocación hacia adelante. Los médicos creen verlo claramente y se equivocan, sobre todo en los casos en que la tísis se apodera de las carnes que rodean la articulación y el brazo, pues, en tales situaciones, la cabeza 1

[1] Pese al título general de este tratado, su contenido no versa ni estudia las articulaciones humanas de modo específico sino las diversas dislocaciones, luxaciones, fracturas y deformaciones que sufren los principales huesos, y sus sistemas de corrección. Todo su contenido podríamos inscribirlo dentro de nuestro actual campo traumatológico general teniendo bien presente que la especialización es algo ajeno a la medicina griega.

[2] Ya desde el comienzo mismo aparece uno de los rasgos típicos de los escritos quirúrgicos y que se manifestará constantemente a lo largo de todo el tratado: el autor se muestra como un profesional individual, hablando en primera persona, con opinión sólida y fundada. Es un experto con autoridad dentro de los propios médicos, justifica su afirmación y el error ajeno con un impecable razonamiento, prudencia de científico y pruebas anatómicas concretas.

del hueso del brazo [3] sobresale marcadamente hacia adelante.

Yo, una vez, al negar que esto fuese una dislocación, oí críticas desagradables de los profesionales y del vulgo [4], pues creían que era yo el único que lo ignoraba y que los demás lo sabían y no fui capaz, más que a duras penas, de que reconocieran que esto es así. Si uno dejase al descubierto de las carnes del brazo el extremo del hombro, el punto donde el músculo se tensa y el tendón que va por la axila y la clavícula hasta el pecho, vería con claridad que la cabeza del hueso del brazo sobresalía marcadamente hacia afuera y sin embargo no estaba dislocada, pues esta cabeza es naturalmente protuberante y el resto de dicho hueso se curva hacia afuera.

El brazo, cuando está extendido a lo largo de los costados, se halla transversal a la cavidad del omóplato, pero, en cambio, cuando todo él se extiende hacia adelante, entonces la cabeza del hueso del brazo va en el sentido de la cavidad del omóplato y ya no aparece proyectada hacia adelante. Sobre el tema de nuestro análisis: nunca vi una dislocación hacia adelante; no quiero, sin embargo, ser categórico ni siquiera sobre si la dislocación se produce o

---

[3] Evidentemente se refiere al húmero pero el autor no utiliza nunca para este hueso un término concreto a diferencia de otros casos en que sí lo hace, p. ej., el omóplato, *ōmopláté*.

[4] Es bien conocida la situación de la medicina griega y la constante tensión entre el vulgo, *dēmótēs*, y los profesionales, *iētroi*. El *CH*, se halla jalonado de reflexiones sobre esta situación, cf. *Sobre la dieta enf. agud.* 6. El autor no sólo se manifiesta como un médico profesional, sino como un entendido que transmite conocimientos y subraya la diferencia entre la mayoría, *polloí*, y el experto, designado aquí como *eupaídeutos*, el profesional bien formado y con un alto nivel de conocimientos. Su actitud cuadra perfectamente con el principio de competencia profesional formulado en el tratado *Sobre la dieta enf. agud.* 5.

no se produce así. Cuando el brazo se disloca hacia la axila, al ser una dislocación común, muchos saben colocarla en su sitio. Es propio de un experto el saber todos los sistemas con los que los médicos colocan las dislocaciones y, por ello, cualquiera podría usar con mucho acierto dichos sistemas; pero, si se ve una necesidad imperiosa, hay que utilizar el más eficaz de ellos que es el último que se va a describir.

Los que se dislocan el hombro frecuentemente, son 2
capaces, por lo general, de colocárselo ellos mismos, pues metiendo el puño de la otra mano en la axila, empujan hacia arriba la articulación y mueven el codo hacia el pecho. También un médico podría colocarla de igual manera si, poniendo los dedos bajo las axilas dentro de la articulación dislocada, la hiciese volver desde los costados por presión del empuje de su cabeza contra el punto prominente del hombro y empujando con sus rodillas en los codos hacia el brazo, apretase en sentido contrario hacia los costados. Es útil que quien ejecuta esto tenga las manos fuertes —o bien si uno actúa con sus manos y su cabeza— otro le lleve el codo hacia el pecho.

Existe otra forma de colocar el hombro: poniendo el antebrazo sobre la espalda y a continuación, sujetándolo con una mano, doblarlo hasta la parte superior del codo, y con la otra apretar por detrás en la articulación. Este método y el anteriormente descrito, aunque no son naturales, sin embargo, al hacer girar la articulación, la fuerzan a colocarse en su sitio.

Quienes intentan colocar la articulación mediante el 3
talón, actúan más acordes a lo natural. Es preciso que el paciente se tumbe boca arriba y que quien va a actuar se siente en el suelo en el lado en que esté la articulación dislocada. Luego, cogiendo con sus manos el brazo heri-

do, extenderlo, y metiendo su talón en la axila, empujar, con el talón derecho en la axila derecha y con el izquierdo en la izquierda. Hay que poner también en el hueco de la axila algo redondo que se le adapte; lo más adecuado son esas bolas duras, muy pequeñas, con las que los zapateros cosen el cuero, pues si no se mete algo de esto, el talón no puede llegar hasta la cabeza del hueso del brazo, ya que, al extenderse éste, la axila se ahueca y, por contracción, ambos tendones.

Es necesario también que alguien sentado junto al paciente le agarre por el hombro sano para que vuelva el cuerpo al tirar del brazo herido por el otro lado. Luego, cogiendo una correa de cuero suave, lo suficientemente ancha, una vez que esté colocada en la axila la bola, rodeándola, sujetando y cogiendo sus dos extremos, hace falta que alguien, sentado detrás de la cabeza del enfermo, tire en sentido contrario apoyando el pie contra el saliente del hueso. Las bolas deben colocarse lo más al fondo y lo más próximas posible a las costillas y no sobre la cabeza del hueso del brazo.

4 Hay también otra forma de poner en su posición correcta un hombro dislocado. Hace falta que quien actúa sea un persona alta que, cogiendo el brazo, ponga el saliente de su propio hombro bajo la axila del paciente y a continuación le vuelva hacia atrás para que se siente. El objetivo de esto es que el hombro del paciente quede colgando por la axila y que este hombro quede más alto que el otro y, en esta posición, que fuerce el brazo lo más que pueda hacia su pecho; una vez que el paciente esté levantado así, debe sacudírsele para que el resto del cuerpo sirva de contrapeso al brazo sujeto y, si el paciente no es de mucho peso, hay además que colgarle por detrás un niño de peso ligero.

Todos estos sistemas son muy útiles en la palestra, ya que no se requiere poner al paciente sobre ningún aparato de cirugía y cualquiera puede usarlos en cualquier sitio [5].

Quienes colocan un hueso salido con la maza [6], actúan 5
próximos a lo natural. Es necesario que la maza esté envuelta en una cinta suave, pues se escurre menos, y que esté ajustada entre el costado y la cabeza del hueso del brazo.

Si la maza es corta, hay que procurar que el paciente esté sentado sobre algo que le haga exactamente echar su brazo sobre ella, pero este instrumento tiene que ser necesariamente lo bastante largo como para que un individuo, puesto de pie, quede prácticamente colgado del mango de madera.

A continuación uno ha de extender el brazo y el antebrazo a lo largo del mango y otro, por el otro lado del cuerpo, hacer fuerza sujetándole por el cuello y la clavícula. Este método es bastante natural y puede volver a colocar un hueso si se ejecuta bien.

Existe también el sistema de la escalera, semejante a 6
este e incluso mejor, porque al levantar el cuerpo mantiene su equilibrio por ambos lados con bastante seguridad. Res-

---

[5] Estos tres últimos capítulos describen los sistemas manuales de reducción del hombro y exactamente en este sentido de expertos en el uso y posibilidades de la mano y prácticos en su manejo es como hay que interpretar el término quirúrgico, o escritos quirúrgicos, aplicado a la medicina griega. Cirujanos, operadores, no aparecen en la medicina antigua hasta época romana muy avanzada.

[6] Traducimos así el término *hýperon,* la palabra procedente del ámbito doméstico que designa la mano del mortero. La noción esencial de esta palabra en el campo quirúrgico es la de una gran maza con cabeza redondeada y movimiento circular sin desplazamiento cuya función es encajar y ajustar.

pecto a la similitud con el sistema anterior, el hombro, aunque queda fijo, hay riesgo de que se escurra sobre un lado o sobre otro. Sin embargo, hay que atar en lo alto de esta escalera algo redondo que se adapte al hueco de la axila y que obligue a la cabeza del hueso del brazo a volver a su lugar natural.

7 Sin embargo, de todos los sistemas, el más eficaz es el que voy a exponer a continuación; se requiere un trozo de madera de unos cinco o cuatro dedos de ancho, es lo usual, de unos dos dedos de grosor o incluso bastante delgada y de dos codos de longitud o incluso un poco menos. Un extremo ha de ser redondeado, estrechísimo y muy delgado. Sobre el borde del extremo redondeado ha de haber una pequeña espátula sobresaliendo, no en el lado de los costados, sino en el que está la cabeza del hueso del brazo, para que, cuando se le ponga bajo ella, se adapte a la axila paralelo a los costados. La madera del otro extremo ha de forrarse con una tela o cinta suave para que sea más cómodo. Luego, tras encajar el extremo de esta tabla bajo la axila, lo más profundo posible, entre los costados y la cabeza del hueso del brazo y tras extender el brazo entero sobre dicha tabla, hay que atar por abajo el brazo, el antebrazo y la muñeca para inmovilizarlo al máximo. Hay que cuidar especialmente que el extremo de este instrumento penetre lo más dentro posible de la axila y que quede sobre la cabeza del hueso del brazo.

A continuación hay que fijar una barra transversal de sujeción entre dos puntos y poner el brazo entero, incluida la tabla, sobre esta sujeción, de forma que el brazo esté en un lado, el cuerpo en otro y, en la axila, la barra, a cuyo alrededor hay que forzar, por un lado, al brazo con la tabla y por el otro, al resto del cuerpo. Esta barra debe fijarse a una altura tal que el resto del cuerpo quede levan-

tado sobre las puntas de los pies. Este sistema es el más eficaz con mucho para la reducción del hombro pues hace palanca de la forma más acertada posible, pero sólo si el aparato de madera se introduce bastante dentro de la cabeza del hueso del brazo. El contrapeso es también el más indicado y seguro para el hueso del brazo.

Las dislocaciones recientes se reducen más rápidamente de lo que pueda creerse, antes incluso de que parezca que están extendidas. Las dislocaciones ya viejas solamente se reducen con este sistema, excepto si, por el tiempo, la carne se ha extendido al hueco de la axila o si la propia cabeza del hueso del brazo ya hubiese hecho fricción en el lugar donde se halla dislocada. No obstante, me parece que este sistema reduciría incluso una dislocación del brazo muy cronificada, pues una acción acertada de la palanca ¿qué dislocación no podría corregir? Pero sin embargo, yo no creería que estaba en su lugar, sino desplazada según la norma. Obra el mismo efecto la presión ejercida desde abajo por un peldaño de escalera, preparado según lo descrito.

Es completamente válido presionar en un asiento grande, de los de Tesalia [7], si la dislocación es reciente; hay que preparar la madera según se ha dicho, pero el paciente debe sentarse oblicuo al asiento y echar el brazo con el instrumento de madera por encima del borde y tirar, por un lado, del cuerpo, y por el otro, del brazo.

También es igualmente eficaz, el actuar colgando al paciente de una puerta de doble hoja. Hay que usar siempre el método adecuado a las circunstancias.

---

[7] Según indica Withington, siguiendo a Galeno, se trata de unas sillas de respaldo recto y ya en desuso en la época de redacción de estos textos.

8 Por tanto, hay que saber, respecto a la facilidad de reducción de las dislocaciones, que unas naturalezas difieren grandemente de otras. Lo que diferencia una cavidad de otra sería su mayor o menor dificultad para cruzarlas de un lado a otro, pero la mayor diferencia estriba en la ligazón de las fibras [8] que en unos casos están relajadas y en otros tensas, pues la humedad de las articulaciones proviene del buen ajuste de los nervios, si son de naturaleza suelta, la llevan fácilmente hasta los extremos. En verdad, hay gente que tiene tal grado de humedad que se disloca y coloca una articulación a voluntad y sin dolor; la diferencia, ciertamente, es la constitución somática: quienes son musculosos tienen bien los miembros, se les dislocan menos, pero la reducción es más difícil; cuando se es más delgado y menos musculoso, los miembros se dislocan más pero es más fácil reducirlos. Los siguientes testimonios prueban que esto es así: a los bueyes se les dislocan las articulaciones de las patas con más frecuencia cuando están en su máxima delgadez; los bueyes adelgazan al acabar el invierno; pues bien, es en ese momento cuando más dislocaciones sufren, si dato tal debe registrarse en un tratado médico; mas debe hacerse, pues como bien sabía Homero, de los animales domésticos, los bueyes son los que más esfuerzos realizan durante el invierno, y de ellos, los que aran son los que más dislocaciones sufren, al trabajar

[8] El término utilizado es *neûron* que en el *CH* sirve para referirse tanto a los ligamentos como a las fibras musculares o a los tendones. El cuerpo humano no es diseccionado de forma clara hasta Herófilo, médico de Alejandría del 300 a. C., y de ahí el desconocimiento y confusiones que existen en las referencias anatómicas internas. La sacralización del cádaver en la sociedad griega vetó este campo a los médicos. Cf., no obstante, *Epidemias V*, caps. 27 y 52, donde aparecen unas trepanaciones *post mortem*.

en esa estación y al adelgazar [9]; los demás animales domésticos pueden pastar la hierba corta, pero los bueyes, hasta que crece, apenas pueden hacerlo, pues estos otros animales tienen el saliente del labio y la mandíbula superior delgada y el buey, en cambio, la tiene gruesa y corta y por eso no pueden pastar en la hierba corta. Los animales que tienen una sola pezuña pueden pastar y hacer llegar sus dientes a la hierba baja, al tener incisivos en las dos mandíbulas y les gusta más la hierba así que la alta. Por lo general, la hierba corta es mejor y más sustanciosa que la larga, incluso antes de desgranarla.

En relación con esto compuso los siguientes versos Homero:

Así, cuando llega la primavera gozosa para los bueyes de
[curva cornamenta... [10]

porque la hierba alta se les muestra muy agradable. El buey, por lo general, tiene esta articulación más distendida por naturaleza que los otros animales, sobre todo si está delgado y es viejo, de ahí que sufra muchísimas dislocaciones. Quedan, pues, consignados datos abundantes sobre esto al ser testimonios de todo lo dicho anteriormente.

---

[9] Esta amplia observación sobre las dislocaciones de los bueyes hay que encuadrarla dentro del interés que existe en toda la medicina griega por relacionar las similitudes humanas y animales, siendo bien conocidas al respecto las reflexiones del autor de *Sobre el corazón*. En cualquier caso, las alusiones a animales en estos textos hay que interpretarlas siempre como producto del espíritu analítico de sus autores, no como algo relacionado con la veterinaria, campo este inexistente en Grecia. El buey es tomado como punto de referencia en varias ocasiones lo mismo que los animales ovinos, cf. cap. 37.

[10] Esta cita homérica no pertenece a ningún pasaje de los textos de Homero que hoy conocemos.

Pues bien, sobre el tema que tratábamos, la gente de poca musculatura sufre más dislocaciones y se les reducen antes que a los de buenos músculos; quienes tienen una constitución húmeda y de poco músculo padecen menos inflamaciones que los de constitución seca y musculosa y desde luego la articulación queda después menos firme. Si hubiese sin inflamación más mucosidad de lo conveniente, aun así podría dislocarse, pues, generalmente, las articulaciones de los delgados tienen más mucosidad que las de los gruesos.

Los músculos de los que han adelgazado por una dieta incorrecta tienen más mucosidad que los de los gruesos. A quienes se les produce mucosidad con inflamación ésta hace que la articulación esté sujeta, de ahí que el exceso de mucosidad no genere muchas dislocaciones, aunque podrían ocurrir si la inflamación aumentara o disminuyera un poco.

9 Los pacientes a los que se les reduce el hombro y no tienen inflamación en las zonas adyacentes pueden utilizar el hombro inmediatamente sin dolor y creen que no tienen ya que preocuparse de sí mismos; es propio de un médico anunciarles que inmediatamente se le vuelve a dislocar más que a los que tienen inflamadas las fibras. Esto ocurre en todas las articulaciones y sobre todo en el hombro y la rodilla que son especialmente proclives.

Quienes tienen inflamación de fibras no pueden usar el hombro, pues el dolor y la tensión de la inflamación se lo impiden. A estos pacientes hay que tratarles aplicándoles cera, compresas y muchas vendas; hay que ponerles en la axila lana suave y limpia, enrollada, formando una bola que le ocupe la axila para que sirva de soporte al vendaje y empuje hacia arriba la articulación. Hay que mantener el hueso lo más arriba posible, pues, así, su

cabeza estaría lo más lejos posible del lugar donde se dislocó.

Tras vendar el hombro hay que atar el brazo a los costados con una venda alrededor del cuerpo y también frotar el hombre suavemente y con constancia. Es necesario que el médico sea experto en muchas cosas pero sobre todo en masaje; aun con la misma denominación no obra el mismo efecto pues unas fricciones más laxas de lo adecuado fijan la articulación y más severas de lo conveniente [11] la relajarían; pero en otro análisis definiremos la fricción. A un hombro en situación tal, conviene darle masaje con manos suaves y sin brusquedad; mover circularmente la articulación sin forzarla, sólo lo que se mueve sin dolerle. —Todo desaparece en más o menos tiempo—.

La dislocación del brazo hay que conocerla por los si- 10
guientes rasgos: al ser simétrico el cuerpo humano, lo mismo los brazos que las piernas, hay que tomar como modelo de referencia la articulación sana respecto a la enferma y la enferma respecto a la sana, pero no las articulaciones ajenas —pues por naturaleza unos tienen más articulaciones salientes que otros— sino las del propio enfermo y ver si la articulación sana no está igual que la enferma. Esto se dice con fundamento pero conlleva mucho malentendido [12] porque no basta saber la técnica sólo en teoría, sino

[11] Concepto del *Kairós,* básico en la medicina griega y ya ampliamente comentado a lo largo del *CH.* Aquí se trata de conseguir el punto exacto en la terapia quirúrgica del masaje, haciéndose hincapié en la mano como instrumento esencial del experto quirúrgico.

[12] El término griego usado en ambos casos es *parasýnesis,* que indica la compresión errónea o distorsionada de algo y que refleja también un cierto matiz irónico, producto del orgullo legítimo del maestro conocedor que expone teoría de primera calidad frente a gente de ideas poco claras.

tener relación directa con la práctica, pues muchos, por dolor u otro motivo previo, sin existir dislocación, no pueden, sin embargo, mantenerse en las formas en que se manifiesta y se constituye un cuerpo sano. Por tanto, es necesario convenir en tal planteamiento y tenerlo presente. En el hombro dislocado, la cabeza del hueso del brazo aparece mucho más tendida en la axila que en el hombro sano, y también, desde arriba, en el saliente el lugar parece hueco y el hueso del extremo del hombro parece dislocado al estar hundida la articulación. Ciertamente, también en esto hay una cierta confusión sobre la que se escribirá más adelante, pues merece la pena. El codo de un brazo dislocado está más separado de los costados que el del otro brazo; si alguien le forzase, se colocaría pero con mucho dolor. Estos pacientes, con el codo extendido, no pueden prácticamente subir la mano derecha junto al oído como hacen con el brazo sano ni tampoco moverla en todos los sentidos. Tales son, pues, los signos de un hombro dislocado, y descritos quedan los sistemas de reducirlo y sus tratamientos.

11 Merece la pena saber cómo hay que tratar las dislocaciones frecuentes de hombros, pues muchos, en las prácticas deportivas de lucha, han quedado impedidos de ahí por esta desgracia, aunque perfectamente útiles por lo demás, y muchos, en situaciones bélicas, han quedado inútiles y han muerto por ello.

Precisamente esto es digno de saberse porque no conozco a ningún médico que aplique el tratamiento adecuado: unos ni siquiera lo practican y otros, creyendo hacerlo, hacen lo contrario de lo debido.

El autor de *Articulaciones* manifiesta un rechazo explícito a la falta de talento, al torpe: *asýnetos*, cf. cap. 14.

Muchos médicos han cauterizado hombros dislocados en el punto más alto, por delante, donde sobresale la cabeza del hueso y por detrás un poco lejos de ella; tales cauterizaciones serían adecuadas si el brazo se dislocase hacia arriba, hacia adelante o hacia atrás; pero ahora, al ser las dislocaciones hacia abajo, tales cauterizaciones contribuyen más a dislocarlas que a prevenirlas, pues privan al hueso del brazo del amplio espacio superior.

Hay que cauterizar de la siguiente forma:

Coger la piel de la axila con los dedos y levantarla en el sentido en que la cabeza del hueso está dislocada. Una vez que se haya retirado así la piel, hay que cauterizar atravesando hasta el otro lado y hacerlo con cauterios ni gruesos ni excesivamente lisos y redondeados sino alargados —son más rápidos— y hacer presión con la mano. La cauterización debe hacerse con hierros muy calientes para que pasen lo antes posible pues los hierros gruesos, al pasar, provocan aberturas bastantes anchas de las escaras y se correría el peligro de que las cicatrices se desgarrasen y no habría nada peor, más impropio ni menos profesional. Cuando se ha cauterizado llegando hasta el otro extremo basta, en la mayoría de los casos, con que esas escaras queden en el lado de abajo. Si no hay riesgo manifiesto de que las cicatrices se abran, sino que hay mucho espacio entre ellas, hay que meter, con la piel aún levantada, pues no podría hacerse de otro modo, una espátula delgada en los agujeros cauterizados. Una vez hecho esto, poner la piel, hacer con un hierro delgado otra escara entre las otras dos y cauterizar hasta llegar a la espátula. La cantidad de piel que hay que retirar de la axila ha de calcularse por los siguientes datos: bajo la axila y en otras partes del cuerpo existen glándulas de mayor o menor tamaño; en otro tratado se hablará sobre las glándulas en todos sus aspec-

tos: qué son, en dónde se manifiestan y sus funciones. Pues bien, con la piel no hay que coger glándulas ni ninguna parte interna de ellas pues es peligroso al estar próximas a tendones importantísimos. En cambio, hay que coger lo más posible de lo externo a ellas, pues no hay peligro.

Hay que saber también que si un brazo se estira hacia arriba no se puede coger nada apreciable de piel bajo la axila, pues se estira en la tensión ascendente. Los tendones [13], que en modo alguno hay que herir, quedan, en esta posición, accesibles y extendidos hacia abajo, pero si se levanta un poco el brazo se puede coger mucha piel y los tendones, a los que hay que preservar, quedan fuera y lejos de donde se está maniobrando. ¿No hay que procurar, en todo el arte médico, encontrar las formas más adecuadas a cada caso? Por lo que respecta a las axilas esta forma de tomar la piel es suficiente si las escaras están bien situadas. Fuera de la axila, hay dos lugares donde se podrían colocar las escaras para atacar la dolencia: uno delante, entre la cabeza del hueso y el tendón de la axila [14], ahí hay que cauterizar del todo pero no con demasiada profundidad pues hay cerca una vena gruesa y nervios y no hay que hacer llegar calor a ninguno de los dos. El otro, detrás, un poco más arriba del tendón de la axila, pero un poco más abajo que la cabeza del hueso. Hay que cauterizar la piel del todo, pero no muy profundamente pues el fuego es opuesto a los nervios. Las llagas hay que

---

[13] *Tónos,* término que muchas veces en el *CH* designa a los nervios, aunque aquí no puede tener tal sentido. En general, diríamos que todo el sistema y la anatomía nerviosa no empezó a ser bien conocida hasta Erasístrato y Herófilo, médicos cien años posteriores al texto de *Articulaciones.*

[14] Se trata del tendón del pectoral mayor.

curarlas durante todo el tratamiento, nunca con el brazo fuertemente tensado hacia arriba, sino moderadamente extendido, lo que requiera el cuidado de las heridas, pues se secarían menos.

Es útil que, para su adecuado tratamiento, todas las cauterizaciones estén protegidas —se abrirían menos y se producirían menos espasmos—.

Cuando la herida esté limpia y vaya cicatrizando, entonces hay que mantener el brazo completamente sujeto a los costados, constantemente, de día y de noche; y cuando la herida sane hay que tenerlo también así mucho tiempo pues de ese modo cicatrizaría y se aislaría el espacio sobre el que el hueso del brazo está más dislocado.

A cuantos les falló la reducción del hombro, si están **12**
todavía en época de crecimiento, este brazo no va a crecer como el brazo sano, crecerá algo, pero queda más corto que el otro. Los denominados, de nacimiento, «codos de comadreja» [15] es por dos circunstancias distintas: si les ocurre una dislocación tal en el vientre materno, o por otra circunstancia sobre la que se hablará más tarde. Tienen también brazos de este tipo todos los que de pequeños tienen supuraciones profundas que sumergen la cabeza del hueso del brazo y quedan así aunque se les haga un corte, se les cauterice o el pus fluya espontáneamente; son, sin embargo, muy hábiles en el manejo de las manos, aunque

[15] *Galiágkones.* Se trata del galianconismo, denominación que hace referencia a unos brazos de longitud sorprendentemente corta por no haber tenido el crecimiento y desarrollo normales. Tal deformidad se identificó con un animal de pata muy corta como es la comadreja, *galê* en griego. Según apunta Withington, Galeno no está demasiado seguro del sentido último del término aunque indica que en estos pacientes el brazo está consumido y el codo, en cambio, hiperdesarrollado.

ciertamente no pueden subir el brazo junto a la oreja extendiendo el codo, sino que son bastante menos diestros que con el brazo sano. A un individuo ya adulto al que no se le ha colocado el hombro, el saliente le pierde músculo y le queda delgado en ese lado. Cuando cesan los dolores, ningún esfuerzo que suponga levantar el codo oblicuamente a los costados pueden hacerlo; en cambio si pueden ejecutar cualquier movimiento que sea llevar el brazo hacia adelante o hacia atrás de los costados: manejar un trépano, una sierra, un hacha, una azada sin levantar el brazo fuertemente hacia arriba y cualquier actividad que se ejecute en esas posiciones.

13 En los casos en que se sale violentamente [16] el extremo del hombro, aparece este hueso manifiestamente pronunciado hacia delante; está entre la clavícula y el omóplato, pues la disposición del cuerpo humano es aquí distinta a la del resto de los animales [17], y, en consecuencia, los médicos se equivocan muchísimo en este tipo de lesiones hasta el punto de aplicar tratamientos de hombros dislocados pues, al estar el hueso desprendido saliendo hacia arriba, el punto extremo del hombro parece hundido y hueco. Conozco muchos médicos, por lo demás valiosos, que han causado ya numerosos perjuicios al intentar reducir estos hombros creyendo que están dislocados y no desisten hasta que admiten su error o su fracaso creyendo que están reduciéndolos.

---

[16] El autor diferencia básicamente dos tipos de dislocaciones: la dislocación con violencia y desgarramiento, la que aquí aparece, designada con el término *apospáō* y la dislocación más natural, diríamos, producto de un accidente, designada indistintamente en muchos pasajes como los verbos *ekpíptō* y *olisthánō*.

[17] Cf. nota 9.

El tratamiento es el de otros casos de este tipo: cera, compresas, gasas y vendas.

No obstante, hay que forzar hacia abajo la parte que sobresale, poner en ella muchas comprensas, oprimirla con fuerza y mantener el brazo pegado a los costados y hacia arriba pues así la parte desgajada estaría muy junta.

Hay que saber con claridad y pronosticar de forma rotunda, si se quiere actuar bien, que, por esta lesión no se derivará para el hombro ningún perjuicio, ni grande, ni pequeño, pero que quedará deformado y no podrá situarse como antes en su antiguo sitio natural, sino que forzosamente queda más o menos levantado en su extremo pues ningún hueso que se desprende de su primitiva posición natural, bien por contacto o adhesión a otro hueso, se coloca en el mismo sitio. El aclomion [18] deja de doler en pocos días si se ha vendado adecuadamente.

Una clavícula rota es de más fácil curación si la fractu- 14
ra es recta; pero si es sesgada es más difícil de curar. Cabría pensar lo contrario en estos casos, pues una fractura recta se podría forzar a colocarse más en su posición natural y, tomando las previsiones adecuadas, se adaptaría la parte superior a la inferior ajustándolas en la posición conveniente mediante vendajes; pero si no se coloca completamente, la protuberancia del hueso no queda, desde luego, muy puntiaguda.

En los casos en que la fractura del hueso es sesgada, la situación es semejante a la de los huesos desgajados so-

---

[18] *Tò acrômion,* coincidencia con el término anatómico actual: la parte más alta del omóplato. No obstante, hasta época tardía, el médico griego dudó si este hueso existía sólo en el cuerpo humano y no en los animales. Withington apunta a que puede tratarse de una dislocación en el extremo externo de la clavícula.

bre la que ya ha quedado escrito antes, pues el hueso, por sí mismo, apenas tiende a colocarse y la protuberancia se agudiza. Concluyendo, hay que saber que ningún perjuicio se deriva para el hombro ni para otra parte del cuerpo por la rotura de clavícula, excepto una necrosis superficial, pero esto pocas veces. En las roturas de clavícula sobrevienen, desde luego, deformaciones, al principio muy marcadas pero luego se van reduciendo. La clavícula y todos los huesos esponjosos unen rápidamente, pues su constitución genera callosidad enseguida. Cuando la rotura es reciente, los pacientes la toman con interés, creyendo que la gravedad es mayor de lo que es y los médicos, por su parte, se interesan en aplicar el tratamiento correcto, pero, si pasa el tiempo, los enfermos, como no tienen dolores ni dificultades para desplazarse o comer, se despreocupan; los médicos, por su parte, como no pueden conseguir que esa parte no se deforme, se van desentendiendo poco a poco y no les molesta el desinterés del paciente; la callosidad avanza rápidamente en ese tiempo.

El método de vendaje establece el tratamiento con cera, compresas y vendas suaves, como en la mayoría de las fracturas. Hay que aplicar también un tratamiento suplementario y tener un especial cuidado al manejarlo: se requiere poner muchísimas compresas sobre la protuberancia y oprimir muy fuerte ese punto con vendas muy numerosas. Algunos han ingeniado poner sobre la protuberancia —para forzarla— un trocito pesado de plomo; los que aplican simplemente vendas quizás no tengan especiales conocimientos, pero, sin embargo, ese sistema no es adecuado para una fractura de clavícula, pues es imposible hacer sobre el saliente ninguna presión que merezca la pena. Hay otros que, como saben que las vendas se mueven, desajus-

tan y no hacen volver a su posición natural la parte que sobresale, vendan a los pacientes aplicándoles compresas y vendajes como los demás pero ajustándoles un cinturón por donde más sujetos queden, y, así, colocan compresas sobre el saliente fracturado, recargando sobre todo la protuberancia y atan por delante el extremo del vendaje al cinturón y lo ajustan a la clavícula por detrás, en dirección recta. Después de pasar el vendaje por el cinturón lo llevan hacia delante y de nuevo hacia atrás. Otros no lo meten por el cinturón sino por el perineo y la propia cadera y acaban de dar la vuelta por la espina dorsal para oprimir la fractura; a un inexperto que oiga esto le parece que es algo próximo a lo natural pero a quien lo está poniendo en práctica le parece inútil, pues el vendaje apenas permanece tiempo estable ni siquiera aunque el paciente esté tumbado, aunque así sí se le mantendría más, pero, aún echado, doblaría la pierna, o se doblaría él mismo, y todo el vendaje se le movería. Además, el vendaje es enojoso pues tiene cogida la cadera y está todo junto en una zona de poco espacio; a su vez, los vendajes que van a través de un cinturón no están tan fuertemente sujetos como para impedir que el cinturón vaya hacia arriba y de esta manera es forzoso que el vendaje se desajuste. Puede pensarse que se actúa muy acertadamente —aunque no mucho— si se meten por el cinturón unas cuantas vendas y se atan la mayoría con el sistema antiguo, pues así la mayor parte de las vendas quedarían estables y se sujetarían unas a otras.

Queda dicho lo más reseñable de cuanto atañe a las fracturas de clavícula. Es necesario saber también que la clavícula se fractura —por lo general— de la siguiente manera: el hueso que sale naturalmente del pecho se levanta y el del extremo del hombro está en la parte baja. La cau-

sa [19] es que el hueso del pecho [20] no se mueve mucho ni hacia arriba ni hacia abajo, pues el movimiento articulatorio es escaso en el pecho y éste está en constante contacto con la espina dorsal. La clavícula, próxima a la articulación del hombro, es muy móvil y forzosamente, por el contacto del acromion, está en permanente movimiento y cuando está herida será hacia la parte superior que está en contacto con el pecho, y no es fácil de forzar a que baje, pues es por naturaleza ligera y hay más espacio arriba que abajo; el hombro, el antebrazo y las articulaciones adyacentes tienen holgura respecto a los costados y el pecho y, por ello, se las puede hacer subir y bajar; al fracturarse una clavícula el hueso ajustado al hombro se hunde, pues, con el hombro y el antebrazo, en seguida va hacia abajo más que hacia arriba. Cuando esta situación se presenta, los faltos de inteligencia creen que van a poder obligar a bajar a la protuberancia del hueso; está claro que la parte de abajo se puede levantar por tener movimiento y estar fuera de su lugar natural; también es especialmente evidente que no se puede forzar en absoluto —pues los vendajes no unen más que separan— excepto si se obliga al brazo, pegado a los costados, a subir lo más arriba posible para que el hombro aparezca puntiagudo y marcadísimo; así queda claro que la clavícula se uniría a su lugar natural: el hueso del pecho del que se desprendió.

Si alguien recurre al tratamiento habitual de vendajes por su rapidez curativa, consideraría que todo es vano res-

---

[19] *Aitía*, causa real y auténtica de las fracturas de clavícula. Obsérvese el manejo perfecto y racional de sus explicaciones, producto de combinar la técnica, *ténchnē*, la inteligencia, *sýnesis*, y su espíritu analítico permanente. Cf. caps. 47 y 51.

[20] El esternón. *Stêthos* se usa aquí en el sentido de tal hueso y como pecho en su noción de tronco.

pecto a lo descrito, pensaría certeramente y conseguiría curar muy rápido y bien. Hay, no obstante, una gran diferencia entre que el paciente esté tumbado o no: cuarenta días son suficientes si permanece inmóvil y veinte bastarían.

Si se fractura una clavícula de forma contraria a ésta 15
—lo que ocurre pocas veces—, hundiéndose el hueso del pecho, sobresaliendo el del acromion y montándose sobre el otro, no requiere una curación especial, pues el propio hombro separado y el brazo harían ensamblarse los huesos; bastaría un ligero vendaje y en pocos días haría callosidad.

Si la fractura no fuese así, sino que se saliese de lado, 16
sesgada de parte a parte, hay que hacerla volver a su posición natural, levantando el hombro y el brazo a la vez como se ha dicho antes; cuando se fije en su primitiva posición, requiere otro tratamiento rápido. El propio hombro, al levantarle, rectifica la mayoría de las dislocaciones oblicuas; de ellas, a todas las que desde la parte superior vienen hacia abajo o de lado, les favorece en ambos casos el que el paciente se tumbe boca arriba y se le meta entre los omóplatos algo un poco alto para que el tórax quede colgando lo más posible por ambos lados; si alguien le levantase el brazo estirado a lo largo del cuerpo, y el médico, con una mano sobre la cabeza del hueso del brazo, tirase con la palma de la mano hacia atrás y con la otra colocase los huesos fracturados, así sí que los pondría en su posición natural, pero sin embargo, como ya se ha dicho, el hueso de arriba [21] no suele hundirse. En la mayoría

---

[21] Seguimos la lectura de Withington, *ou* en lugar de *eû*. Aceptar la lección del texto supondría admitir la idea contraria a lo expuesto en el capítulo 14 y precisamente, a diferencia de otros textos del *CH*, *Articula-*

de los casos, la forma en que se les venda, con el codo pegado a los lados, basta para presionar el hombro; pero hay algunos casos en que se requiere presionar el hombro hacia arriba, como se ha dicho, y llevar el codo junto al pecho fijando el extremo de la mano sobre el acromion del hombro sano; si el paciente se tumba, hay que ponerle algún apoyo para que el hombro quede lo más alto posible, pero, si no, hay que ponerle un vendaje en cabestrillo que le coja el ángulo saliente del codo y colgárselo del cuello.

17 Si la articulación del codo está desviada o sufre una ligera luxación hacia dentro o hacia fuera, quedando el saliente [22] en el hueco del brazo, estirar directamente y empujar el saliente hacia atrás y de lado.

18 En las dislocaciones totales, hacia un lado u otro, hay que estirar y alargar el codo en el sentido en que se venda un brazo fracturado, pues así la curvatura del codo no dificulta; la dislocación más frecuente es hacia el costado. Para su colocación correcta hay que separar ambos huesos lo más posible, para evitar que la cabeza tome contacto con la apófisis, levantarlo con movimientos circulares y doblarlo sin violencia; presionar sobre ambos huesos en sentido contrario y ponerlos en su sitio; en estos casos, las torsiones de codo hacia arriba o hacia abajo ayudarían; otro tratamiento de ejercicios de movimiento: mantener la mano levantada bastante más arriba que el codo con el brazo pegado a los costados; de este modo se consigue que el miembro quede suspendido y colocado; es un ejercicio

---

ciones presenta un ensamblaje teórico y descriptivo perfecto, sin contradicciones internas.

[22] Se está refiriendo a la cabeza del codo, a la apófisis o saliente superior del cúbito que después se denominará *olécrano*.

fácil, natural y útil por lo general si no existe callosidad nociva, que avanza rápidamente. El tratamiento es el habitual en las articulaciones, con vendas e incluyendo en el vendaje el saliente del codo.

El codo es una articulación muy proclive a reacciones 19
posteriores [23] con fiebre, dolores y náuseas y accesos violentos de bilis, sobre todo la dislocación hacia atrás por el entumecimiento y secundariamente la dislocación hacia adelante. El tratamiento es el mismo; reducción para la posterior: extenderlo y hacerlo después en sentido contrario; señal: no pueden estirar el brazo y, en las dislocaciones anteriores, no pueden doblarlo; en este caso, con el brazo extendido, poner algo duro en el ángulo y doblar sobre ello el brazo de repente.

Separación de los huesos. Señal: tocando en el lugar 20
de bifurcación de la vena del brazo.

La callosidad [24] es un proceso rápido en estos casos; 21
si es congénita, los huesos que están bajo la lesión son más cortos y los del antebrazo sumamente próximos. Secundariamente puede afectar a la mano y en tercer lugar a los dedos; el hombro y el brazo son, por la alimentación, más fuertes. La otra mano, por la actividad que desarrolla, es bastante fuerte; la reducción muscular es interior,

---

[23] La traducción castellana enmascara y no puede reflejar el fuerte contenido animisa de este término, *palígkotos*, cuyo sentido exacto es «nuevamente rencoroso o resentido» o «cuyo rencor se reproduce». La procedencia popular del término, atribuyendo cualidades humanas a las dolencias, es evidente. No obstante, dada la materia y mentalidad eminentemente racional del autor de *Articulaciones*, el lenguaje animista que aparece en el tratado se reduce a seis o siete ejemplos.

[24] *Pōróō*, consiste en la unión de partes óseas separadas mediante la formación de callo que determinaría una rigidez articulatoria, una cierta anquilosis.

si la dislocación es hacia fuera, y, si no, en el lado contrario al que se disloca.

22 Si el codo se disloca hacia dentro o hacia fuera, hay que disponer en forma de ángulo recto el antebrazo con el brazo, levantar y dejar colgando la axila de un vendaje, suspender del extremo del codo, junto a la articulación, algo que pese, o bien apretar con las manos. La colocación ha de hacerse con las palmas de las manos, como en la dislocación de mano. La colocación, vendaje y suspensión han de hacerse en esta postura.

23 Las dislocaciones hacia atrás se colocan con las manos, extendiéndolas por sorpresa; como en los otros casos, se requieren más prácticas; si la dislocación es hacia delante hay que colocarla doblándola y enrollándole una venda de bastante volumen.

24 Si la dislocación es en otra dirección, hay que combinar ambos sistemas; la forma de colocarlo y el vendaje son comunes en un buen tratamiento. También se puede hacer todo por el común método de la doble luxación.

25 Algunas reducciones se ejecutan por suspensión, otras por extensión o colocación deslizante; esta última se hace exagerando las formas en uno u otro sentido con rapidez.

26 La mano se disloca hacia fuera o hacia dentro, hacia dentro casi siempre. Los signos son de fácil distinción: no pueden doblar los dedos y, si es hacia afuera, no pueden extenderlos. Método de reducción: con los dedos encima de una mesa extenderlos y enconjerlos en sentido contrario; al mismo tiempo, con el hueco de la mano o el talón, echar hacia atrás el hueso que sobresale y luego hacia adelante y poner bajo el otro hueso algo suave. Si la dislocación es arriba, la mano ha de estar boca abajo y, si es abajo, boca arriba. El tratamiento es con vendajes.

La dislocación total de mano es hacia fuera, hacia dentro o en ambos sentidos, pero sobre todo hacia dentro. Se da también el caso de que la epífisis [25] se mueve y de que uno de los huesos se separa; en estos casos hay que hacer una extensión fuerte; echar hacia atrás el hueso que sobresale y hacer la presión contraria por el otro lado. Estos dos tipos de movimientos hacia atrás y lateral deben hacerse simultáneamente con la mano o el talón y sobre una mesa. Estas dislocaciones causan problemas y deformidades, pero con el tiempo va tomando fuerza por el uso. Tratamiento: vendas en la mano y el antebrazo, y tablillas [26] en los dedos; las tablillas han de cambiarse con más frecuencia que en las fracturas y verter más cantidad de líquido. 27

En las dislocaciones congénitas de mano, ésta se queda más pequeña y los músculos son más delgados sobre todo en el lado contrario a la dislocación. Con el crecimiento, los huesos resisten bien. 28

La dislocación de la articulación del dedo es de signos claros. Sistema de reducción: extender recto el dedo, echar el hueso que sobresale hacia atrás y hacer la presión contraria por el otro lado. Tratamiento: con vendas estrechas. Si no se coloca, hace callo desde fuera; si la dislocación 29

[25] *Epífysis*, la parte terminal de los huesos largos. Aquí debe tratarse de una fractura de radio.

[26] *Nárthēkes*. Su nombre hace referencia a la materia vegetal de que están hechas: los tallos o pedúnculos de una planta umbelífera como los que llevan las Bacantes. Withington apunta a que sea el hinojo gigante. Se trata de cañas ligeras, huecas, sólidas y fuertes que permiten la rectificación de un miembro. La cirugía hipocrática se dirigió siempre hacia el campo de la restauración. El uso del entablillado es frecuente pero las indicaciones sobre su ejecución son escasísimas y los datos que aportan autores como Celso o Paulo son, a veces, contradictorios.

es congénita u ocurre durante el crecimiento, hace que los huesos de debajo queden más cortos y los músculos se reduzcan, sobre todo en sentido contrario a la dislocación. Si la dislocación se produce en un adulto, los huesos resisten bien.

30 La mandíbula sufre dislocación total pocas veces ya que el hueso que sale desde la mandíbula superior está naturalmente unido [27] por debajo al hueso bajo el oído y recoge las cabezas de los huesos de la mandíbula inferior al estar encima de una y debajo de las cabezas de la otra; de los dos extremos de la mandíbula inferior, el uno no es de fácil dislocación por su longitud, el otro es el corono y sobresale del cigoma, amén de que de estos dos salientes parten tendones nerviosos en los que están insertos los músculos denominados temporales y maseteros; por esto, por estar ahí insertos, se llaman así y se mueven.

En el acto de comer, hablar y otras actividades bucales, la mandíbula superior está fija, pues está encajada en la cabeza y no articulada; en cambio, la mandíbula inferior sí se mueve por estar articulada con la superior y la cabeza; pues bien, por esto es por lo que en los casos de tétanos y espasmos esta articulación es la primera que se muestra contraída y por lo que los golpes en las sienes pueden hacer perder la conciencia [28]; de ello se hablará en otro tratado. Ésta es, pues, la causa de que la mandíbula no

---

[27] Traducimos así *hypozugô*, que en rigor significa «estar unido por un yugo». Se refiere al arco cigomático y al cigoma, al hueso de la mejilla precisamente llamado también hueso yugal.

[28] Nos apartamos de la traducción de Withington que traduce *Káros* por «coma». Entedemos que «pérdida de conciencia» refleja bien el embotamiento, la pérdida de sensaciones y la somnolencia que produce un accidente en la región temporal pero no el suelo morboso de una enfermedad cerebral interna, cf. *Epidemias V.*

se salga con frecuencia: al comer no se requiere forzosamente abrir la boca más de lo posible y no hay ninguna forma posible de dislocación más que llevar el maxilar hacia un lado al abrir mucho la boca. También contribuye a la dislocación lo siguiente: todos los ligamentos y músculos que están junto a la articulación, o que parten de ahí, y a los que están atados, se mueven mucho en el uso habitual y éstos son los más capaces de ceder y separarse, como las pieles muy curtidas tienen la máxima elasticidad.

Pues bien, sobre nuestro tema, la mandíbula se disloca pocas veces, pero algunas, al bostezar, se produce un desplazamiento lateral [29] y también otros muchos movimientos alternativos de músculos y ligamentos la causan.

Cuando se disloca, es reconocible por estos signos: la mandíbula inferior está salida hacia delante y desviada hacia el lado contrario a la dislocación; la apófisis del hueso aparece bastante salida hacia la mandíbula superior y pueden juntar los maxilares con dificultad; la reducción en estos casos es clara: encajársela. Alguien ha de sujetar la cabeza del paciente, otro coger la mandíbula inferior con los dedos dentro y fuera del mentón y el paciente tener abierta la boca todo lo que pueda, sin forzarla; así, mover la mandíbula durante un tiempo e irla llevando con la mano a un lado y a otro, y ordenar al paciente que tenga la mandíbula relajada y que ponga su máxima colaboración. Luego, sin avisar, hacer un movimiento lateral teniendo en cuenta tres posiciones a la vez, pues hay que reconducirla a su posición natural: echar hacia atrás y apre-

---

[29] *Schâtai,* que, según Galeno, es un término gimnástico para indicar un movimiento lateral repentino. Las palestras y el tema gimnástico fueron siempre para los hipocráticos un foco importante de observación de lesiones y de estudio de la relación dieta-ejercicio.

tar la mandíbula inferior, según esto, el paciente ha de juntar los dos maxilares y no abrir la boca. Éste es el sistema de encajar la mandíbula y no puede hacerse por otras formas. Un tratamiento corto es suficiente: aplicar compresas con cera y vendajes flojos. La forma más segura de ejecutar esto es con el paciente tendido boca arriba y con la cabeza apoyada en un cojín de cuero lo más relleno posible para que la cabeza baje lo menos. Otro debe sujetarle la cabeza.

31 Si se desencajan ambas mandíbulas el tratamiento es el mismo; estos pacientes pueden cerrar la boca menos, pues el mentón está más salido hacia delante y sin torcerse. La ausencia de desviación se apreciaría, sobre todo, en la línea de ajuste de los dientes de arriba con los de abajo. En estos casos conviene cuanto antes hacer la reducción, cuya forma ya se ha dicho. Si no se reduce hay peligro de muerte [30] por las fiebres continuas y un sopor profundo provocado por estar estos músculos juntos o separados de forma antinatural. El vientre suele evacuar pequeñas cantidades de bilis pura; en estos casos suelen morir a los diez días.

---

[30] Traducimos así siguiendo a Withington aunque con ciertas reservas. El texto griego no habla en absoluto de muerte, *thánatos*, sino del alma *perí tês psychês*, pero la traducción «peligro del alma» resultaría chocante e incomprensible. El termino *psyché* aparece en el tratado *Sobre la dieta* I 6, y *Sobre los humores* 7, y, según indican sus comentaristas, la noción del alma en el *CH*, no es la idea del alma *versus* cuerpo, sino una especie de principio material individual asentado en un cuerpo concreto. Nuestra interpretación es que aquí el término indica un riesgo en la parte sensitiva, en la actividad vital del hombre, más que una muerte biológica y creemos que el contexto también apoya esto: las fiebres van a disminuir o dañar las sensaciones y percepciones del paciente que, si hay vómitos de bilis puras, suele morir.

Si se fractura la mandíbula inferior, pero parcialmente, 32
y el hueso aunque esté torcido se mantiene, hay que rectificarlo empujando con los dedos por dentro, junto a la lengua, y empujando también desde fuera si se quiere ser útil; y si los dientes junto a la fractura están torcidos o sueltos, hasta que el hueso vaya adquiriendo fuerza, hay que unir no sólo dos, sino bastantes con hilo de oro preferentemente y, si no, con hilo común de lino; luego atar con cera y pocas compresas y vendas, flojas, sin apretar demasiado. Hay que saber claramente que, a una mandíbula fracturada, un vendaje bien hecho le beneficia un poco, pero uno mal hecho le causa un gran perjuicio [31].

Hay que efectuar frecuentes tactos junto a la lengua y empujar con los dedos, enderezando durante un buen rato la parte dislocada del hueso. Esto es lo mejor si se pudiese hacer continuamente. Pero no es posible.

Si el hueso se fractura completamente, lo cual ocurre 33
pocas veces, hay que colocarlo en su lugar como se ha dicho y una vez colocado, proceder con los dientes como también ya se ha dicho, pues, al unirlos, los inmovilizaría mucho, sobre todo si se unen bien, como hay que hacerlo.

Pero no es fácil explicar todo el proceso quirúrgico por escrito, aunque es preciso que el lector se haga una idea. Se necesita cuero de Cartago, una lámina, si el paciente es joven, o, si es ya mayor, el grosor entero de la piel; cortar unos tres dedos de ancho, o lo que se requiera; una

[31] Las ideas de beneficiar al paciente y no perjudicarle, combinadas con las nociones de actuación segura, útil y eficaz son constantes por constituir la base de la deontología hipocrática (cf. cap. 78). El causar perjuicio a un enfermo era una de las principales inculpaciones populares contra los médicos, de ahí las llamadas constantes a la ética y a la cirugía profesional.

vez embadurnada de resina la mandíbula —pues es menos desagradable que la cola— pegar el extremo del cuero a la mandíbula fracturada, dejando un dedo o un poco menos desde la fractura; esto respecto a la parte de abajo; la correa debe tener una abertura en dirección a la barbilla para que la rodee por el saliente; pegar a la parte superior del maxilar otra correa, dejando la misma distancia desde la fractura y con unos cortes para que pueda ir alrededor de las orejas. Las correas han de quedar rebajadas en el punto de unión, donde se juntan y se atan en sus extremos. Al pegar las correas, el grueso del cuero ha de quedar pegado a la piel, pues así la adherencia es mayor; luego llevar esta correa y tensarla en el mentón sobre todo para evitar que el maxilar se deforme [32] y atar las correas en lo alto de la cabeza; luego, atar una venda alrededor de la frente y, según es costumbre, otra por abajo para que el vendaje no se mueva. El paciente debe tumbarse sobre el maxilar sano, para no hacer presión sobre él sino sobre la cabeza; hay que mantenerle a dieta durante diez días y luego irle alimentando a buen ritmo; si no presenta inflamación en los primeros días, en veinte la mandíbula se fortalece, pues, como los huesos porosos, hace callosidad en seguida, y si no, hay esfácelo. Falta otro tratado extenso sobre el proceso de esfácelo en todos los huesos. Este sistema de colocación mediante correas adheridas no es desagradable, se aplica bien y es útil para la colocación de numerosos huesos en diversos sitios. Los que tienen una buena capacidad manual pero no inteligencia, se manifies-

[32] La deformación ósea acarrearía una desfiguración de la fisonomía quedándose la boca fruncida como el hocico de un animal o como si estuviese haciendo una mueca; tal es el sentido del verbo *apomyllaíno* aquí usado.

tan tal cual en las fracturas de mandíbula, pues la vendan de formas variopintas [33], a veces bien y a veces mal, ya que todo vendaje hace inclinarse los huesos de la mandíbula fracturada más hacia el lugar de hundimiento que llevarla hacia su lugar natural.

Si se desencaja la mandíbula inferior en el punto de unión de la barbilla —éste es el único punto de unión en la inferior pues en la superior hay muchos—, pero no quiero apartarme del tema pues hay que hablar de ello en relación con otros aspectos de las enfermedades; pues bien, si el punto de unión de la barbilla se desencaja, cualquiera puede encajarlo, pues basta hacer presión con los dedos en ambos sentidos, la parte que sobresale hacia dentro y la parte que está metida hacia afuera; pero hay que hacer esto tensándolos simultáneamente pues es más fácil hacerlos llegar a su posición natural así que si se intenta hacerlo cuando están uno sobre otro. Esto es bueno de saber y recordar en todos los casos de este tipo. Una vez que se haya encajado, unir los dientes de cada lado como se ha descrito ya. El tratamiento, a base de cera, y pocas vendas y compresas. Esta zona admite mejor un vendaje sencillo que uno complicado al ser un poco redondeada sin serlo del todo. Hay que vendar alrededor del maxilar derecho, si es el desencajado, por el lado derecho, entendiendo por tal si la mano derecha hace la operación [34]; si es 34

---

[33] El término *poikílōs* se aplica a los vendajes en el sentido negativo de un vendaje teatral y complicado, no técnico. El texto desprende una ironía inteligente que creemos dejar reflejada en esta traducción. La denuncia de los que practican el arte médico sólo con la experiencia manual, no con la técnica, es palmaria.

[34] Según el comentario de Galeno, en dirección derecha si el referente es la mano del operador y en dirección izquierda si es la mandíbula del paciente.

la otra mandíbula la salida, hay que vendar por el otro lado.

Si se le efectúa un buen encaje y el paciente hace reposo como es debido, la curación es rápida y los dientes no sufren daño; pero si no, la curación es más lenta, los dientes se quedan torcidos y llegan a estar dañados e inútiles.

35 Una nariz fracturada no presenta un único tipo de fractura. Los amantes de hacer vendajes muy esmerados sobre todo en la nariz, pero faltos de talento, causan muchos y especiales perjuicios, pues este sistema de vendaje lleva en su superficie muchísimas partes en forma de azuela y espacios vacíos alternantes en forma de complicadísimos rombos [35]. Pues bien, como se ha dicho, los que poseen una buena capacidad manual, pero no inteligencia, cuando encuentran una nariz rota se disponen felices a vendarla. Durante uno o dos días el médico disfruta con la gloria del vendaje y el vendado está feliz; pero luego, enseguida, el vendado se harta pues la carga que lleva encima es un enojo, aunque al médico le basta, puesto que ha demostrado que sabe vendar una nariz de manera complicada [36]. Este tipo de vendaje logra todo lo contrario a lo debido,

[35] Se trata del vendaje llamado *sképarnon.* Como ocurre con los entablillados, se habla mucho de los vendajes, *epídesis,* pero poco sobre la forma concreta de realizarlos, siendo el tratado *Sobre las úlceras* el más explícito al respecto. Este vendaje de azuela, por los comentarios que sobre él hacen Heliodoro y Asclepiades, parece ser que era ligeramente oblicuo y se empezaba con forma de ocho abierto.

[36] La ironía es uno de los rasgos diferenciales de los tratados quirúrgicos y este texto rezuma mordacidad, burla e indignación profesional. Hay todo un juego verbal intraducible en el término *epidedeménos,* donde se mezcla el sentido concreto de «el vendado» con los de «preso y atado». El autor denuncia abiertamente el efectismo en los vendajes y la falta de profesionalidad en su ejecución. En *Sobre el médico* 4, se dan una serie de consejos en relación con la situación aquí expuesta.

pues a los pacientes que por la fractura se les ha curvado la nariz, si se les presiona desde arriba, es evidente que se les curva más y a los que se les ha desviado hacia un lado u otro, por el cartílago o más arriba, nada les beneficia un vendaje por la parte de arriba, sino que incluso les perjudica más, pues no se podrán ajustar las compresas al otro lado de la nariz y sin embargo ni siquiera hacen estos los vendadores.

Creo que el vendaje sería lo que podría hacer algo 36
si el cartílago [37] sufriese una contusión hacia la mitad, por el saliente, y en sentido contrario al hueso, o si la lesión en el hueso fuese pequeña y no grande, pues en estos casos la nariz desarrolla una callosidad en superficie y se hace un poco más saliente; pero ni siquiera en estos casos, y aunque hiciera falta vendar, se requiere uno tan aparatoso; basta poner y ajustar compresas enceradas sobre la contusión, luego atar los dos extremos y, una vez dispuesto así, se pasa una venda estrecha alrededor dando una sola vuelta. Sin embargo, el mejor tratamiento es un emplasto de un poco de harina del año, lavada, viscosa, diluida. Si la harina es de granos de buena calidad y liga bien, hay que usarla en todos estos casos, y, si no, disolverla en un poco de incienso con agua para que se ponga más fina; trabajar la harina o mezclarla con una pizca de goma de igual forma.

A cuantos se les fractura la nariz con hundimiento, 37
si éste está localizado en la parte delantera, en el cartílago, se les puede meter por los orificios nasales algo que pueda rectificar su posición, pero, si no, hay que hacerla subir

[37] El termino habitual es *chóndros* pero aquí utilizando una vieja concepción bipolar, usa *sárx* «la parte blanda» por oposición al hueso o parte dura.

mediante todos estos procesos: si se puede, metiendo los dedos por los orificios nasales y, si no, introduciendo completamente una espátula, llevándola con los dedos no hacia la parte frontal de la nariz, sino hacia donde está la fractura; desde fuera, cogiendo la nariz con los dedos por ambos lados, hay que presionar a la vez que se hace subir la espátula.

Si la fractura está muy localizada en la parte frontal, se puede meter algo dentro de los orificios nasales, como ya se ha dicho, una bolita de lino o algo semejante envuelto en una venda y sobre todo cosido en cuero de Cartago, y adaptando su forma al lugar donde vaya a ponerse. Si la fractura está más hacia atrás, no puede meterse dentro nada, pues si es incómodo algo metido delante, ¿cómo no va a serlo algo metido más hacia el interior? Lo primero, es preciso hacer que vuelva a su lugar natural y enderezarla, remodelándola desde fuera y no tocándola por dentro, pues una nariz que sufre una fuerte fractura es posible remodelarla sobre todo el mismo día del accidente y, si no, un poco después; pero los médicos actúan con negligencia y, al principio, palpan la nariz con más delicadeza de lo necesario. Es preciso meter los dedos por ambos lados lo más abajo que se pueda —según la estructura natural de la nariz— y desde allí y así, con este encaje interior, enderezarla al máximo. Para esta ejecución no hay mejor médico que los dedos índices del propio paciente, si es que éste quiere, lo hace bien y se atreve, pues, estos dedos son, por naturaleza, muy adaptables a la nariz; es preciso que, metiendo cada dedo, presione todo el conducto nasal con tranquilidad; si es capaz, que haga presión continua hasta que el hueso vaya adquiriendo fuerza, y si no, como se ha dicho, durante el mayor tiempo que pueda; si él no lo hace, debe hacerlo una mujer o un niño, pues se requie-

ren manos suaves; éste sería el mejor tratamiento para una nariz sin desviación lateral, sino hundida sin desviarse. Yo nunca he visto ninguna nariz con este tipo de fractura que, si se la han hecho estos tactos y presiones, no se haya enderezado enseguida, antes de soldar por callosidad, si se tiende al tratamiento correcto. Pero los hombres sienten un gran rechazo por la fealdad y no saben aunar el cuidarse y el ser fuertes más que si les duele o temen morir [38].

Sin embargo la callosidad de la nariz es cuestión de poco tiempo, pues suelda en diez días y, si no, hay esfácelo.

El tratamiento es el mismo para los que el hueso se 38
les fractura de lado y hay que enderezar, evidentemente, no de ambos lados sino del desviado, empujándolo a su posición natural, presionándolo por fuera y por la introducción de los dedos en los conductos nasales, enderezarlo enseguida colocándolo por dentro hasta que quede en su posición correcta. Hay que tener presente que si el hueso no se endereza inmediatamente, es imposible que la nariz no quede torcida. Cuando se le haya llevado a su lugar natural, hay que aplicar uno o varios dedos en el lugar en que el hueso sobresalía y es preciso que el propio enfermo, u otra persona, lo apriete hasta que la fractura vaya soldando. Sin embargo, hay que meter de vez en cuando el dedo meñique en el conducto nasal para colocar la parte desviada. Si se produce inflamación, hay que aplicar pasta de harina de trigo y, aunque se tenga extendida, continuar con la introducción del dedo.

---

[38] El autor es un perfecto conocedor de la actitud humana ante la enfermedad: la estética prima sobre la salud y la ausencia de dolor sobre el cuidado racional y el seguimiento de un tratamiento. Cf. asimismo el capítulo 14.

Si la fractura es de lado y en el cartílago, el extremo de de la nariz va a quedar torcido por fuerza; a estos enfermos hay que meterles en el extremo de los conductos nasales algún objeto rectificador de los que se han comentado o lo que parezca conveniente; se podrían encontrar muchas cosas adecuadas, todas aquellas que ni huelen ni molestan. Yo, una vez, metí, porque lo tenía a mano, un trozo de pulmón animal; si se insertan cuerpos esponjosos absorben la humedad. Hay que cortar una lámina de cuero de Cartago, como de un dedo de ancho, o lo que convenga a la situación, y pegarla a la parte externa del conducto nasal torcido; tensar esta banda lo necesario y un poco más para que la nariz se coloque derecha y en su sitio y luego, pues la tira esta debe ser larga, hay que pasarla por la cabeza desde debajo de la oreja. También se puede pegar a la frente el extremo de la tira de cuero y, si es lo suficientemente larga, darle una vuelta por la cabeza y atarla. Además este sistema reúne la rectificación adecuada con la facilidad de aplicación y el tirar de la nariz en sentido contrario a la fractura más o menos, según se quiera; sin embargo, si la nariz se fractura con desviación, hay que tratarla según queda dicho, pero la mayoría de los pacientes requieren, además, esta correa pegada al extremo de la nariz para llevarla en sentido contrario.

39 Cuando se producen heridas con la fractura, no hay que preocuparse por ello, sino aplicar resina o algún antihemorrágico, pues la mayoría de ellos poseen las mismas propiedades curativas, incluso si el hueso tiende a salirse; hay que hacer enseguida la primera colocación sin dejar pasar tiempo, inmediatamente, y seguir colocando posteriormente con los dedos de manera más relajada, pero haciéndolo; de todo el cuerpo humano la nariz es lo más fácil de modelar. No existe dificultad en adherir tiras de

cuero ni en hacer empuje en sentido contrario aunque haya heridas o inflamación, pues estos sistemas no son penosos en absoluto.

Si se fractura la oreja, cualquier vendaje es malo y 40
enojoso, pues no se puede poner alrededor un vendaje flojo; si se aprieta más, provoca mayor perjuicio, pues la oreja sana, al estar oprimida por él, está dolorida, tiene palpitaciones y calentura; los emplastos pesados son generalmente nocivos; casi todos ellos son perjudiciales, provocan abscesos, segregan bastante mucosidad y pus nauseabunda. La oreja fracturada no requiere nada de esto; quizá, si hay que poner algo, sería un ungüento viscoso de harina de trigo, pero que tampoco sea pesado; conviene tocarlo lo menos posible; pues el mejor remedio en la oreja y en otros casos es no aplicar nada. Hay también que vigilar el lado sobre el que se echa y hacer adelgazar el cuerpo, máxime si hay riesgo de que se forme pus; lo mejor es relajar el vientre; si tiene facilidad de vomitar, hacer que vomite con un purgante [39]; si va hacia la supuración, no es necesario abrirle un absceso inmediatamente, pues hay numerosos casos que parece que van a supurar y, a veces, se reabsorben sin ninguna aplicación. Cuando hay forzosamente que abrirles un orificio, sanan enseguida, si se les cauteriza hasta el fondo. Hay que saber claramente que esta cauterización hará que la oreja quede deformada y más grande que la otra; si no se cauteriza hay que hacer un corte en la parte que sobresale, un corte no muy pequeño; el pus se descubre a través de una capa más gruesa que lo que podría parecer; en resumen, todas las partes que tienen mucosidad o la generan, precisamente por ser

[39] Traducimos de esta forma genérica *syrmaismós*. Según la glosa de Erotiano, es un emético a base de raíces y agua salada.

viscosas, se deslizan enseguida bajo la presión de los dedos en uno u otro sentido y, por ello, los médicos las localizan tras un grosor mayor del que piensan.

Muchos abren un orificio en todos aquellos abultamientos de tipo ganglio que están flácidos y tienen partes mucosas por creer que van a encontrarse con flujos y es totalmente erróneo este juicio médico, aunque no provoca ningún perjuicio abrirlo. De todos los lugares que contienen humedad, o están llenos de mucosidad, en qué partes causa la muerte u otros daños al practicar una abertura, se hablará en otro tratado; bien, cuando se abre una oreja, hay que dejar de lado las cataplasmas y cualquier tipo de apósito y hacer un tratamiento con un antihemorrágico que tapone u otra cosa que no pese ni cause molestias dolorosas; si el cartílago empieza a descarnarse y a retener la materia del absceso, purulenta o biliosa, es doloroso y molesto y es el resultado de ese tipo de tratamientos; si se exacerba de nuevo cualquier síntoma, la cauterización hasta el fondo es, por sí misma, lo más eficaz.

41 A quienes por enfermedades las vértebras de la columna se les salen hacia afuera, es imposible curárselas y, sobre todo, cuando se curvan sobre el punto de unión del diafragma; algunas de las que se forman más abajo se resuelven con la formación de varices en las piernas y, especialmente en la vena que hay bajo el ángulo de la rodilla; a quienes se les solucionan les salen en la ingle y, en algunos casos, lo resolvió una disentería de larga duración. A los que la columna se les curva cuando son aún niños, antes de que el cuerpo haya acabado de crecer, el cuerpo ni siquiera tiende a crecerles en relación con la columna, pero en cambio los brazos y las piernas acaban su crecimiento y quedan bastante defectuosos; y a quienes tienen la curvatura en la parte superior del diafragma, los costa-

dos no tienden a ensanchárseles, sino que el pecho se les pone apuntado hacia delante, en vez de plano; la respiración es corta y ronca, pues las cavidades que toman y expulsan el aire tienen menor amplitud y están forzados a tener el cuello inclinado bajo la gran vértebra [40] para evitar que la cabeza se les eche hacia delante, esto ocasiona a la faringe una gran estrechez y la hace inclinarse hacia adentro; este hueso, si se hunde, hasta que se le hace colocarse por presión, provoca, incluso en personas con los huesos en su lugar natural, una respiración entrecortada; por esta forma, tales enfermos presentan la garganta más saliente que los sanos. Generalmente estos pacientes padecen abscesos duros y sin cocer en los pulmones, pues la primera manifestación de la curvatura y la contracción proviene de estos abcesos en la mayoría de los casos, por estar en contacto con los ligamentos vecinos.

A los que la curvatura se les produce bajo el diafragma, les sobrevienen, en algunos casos, dolencias de riñón y bajo la vesícula biliar y abscesos purulentos, crónicos y difíciles de curar en la región lumbar [41] y las ingles, sin que ninguno de ellos resuelva las deformaciones curvas; las caderas de estos enfermos están más desguarnecidas que las de los que están combados por delante. Su columna vertebral es toda ella más larga que la de los arqueados hacia delante; la pubertad y el vello son más lentos y menos desarrollados y su capacidad genésica es menor también que la de estos otros. Si ocurre la cifosis cuando ya

---

[40] La gran vértebra, *méga spóndylon*, aparece citada en varias ocasiones sin llegarse a determinar de forma exacta qué vértebra es. Aquí, según Galeno, sería la segunda cervical.

[41] *Katá Keneônas*. Dada la imprecisión anatómica puede referirse lo mismo a los hipocondrios que a la región lumbar.

el organismo ha crecido completamente, provoca una crisis cara a la enfermedad que aparece en ese momento; sin embargo, con el paso del tiempo, algunos de los síntomas se manifiestan más o menos también en pacientes más jóvenes, pero, en general, son menos malignas. Actualmente muchos pacientes lo llevan bien y con buena salud hasta la vejez, sobre todo aquéllos a los que el cuerpo tiende a cogerles carnes y grasa, pero pocos de ellos sobreviven más de sesenta años y la mayoría mueren pronto.

Las vértebras sufren también escoliosis laterales hacia un lado u otro; tales casos ocurren por torcimientos conjuntos desde el interior de la columna; en algunos casos favorece la enfermedad la forma en que el paciente acostumbra a echarse; mas sobre esto se hablará en las enfermedades crónicas de pulmón, pues ahí están los pronósticos más favorables de ello sobre su futuro desarrollo.

42 Cuando hay cifosis de columna por una caída, pocos métodos son válidos para enderezarla del todo. Aún así, las sucusiones en una escalera no han hecho ninguna rectificación que yo sepa; los médicos que usan este sistema son los que quieren dejar pasmado al vulgo, al que este tipo de cosas —ver a uno colgado, o lanzado, o cualquier cosa de las que suelen hacer— le parecen dignas de admiración y las celebran siempre sin importarles qué resultado tiene la maniobra, bueno o malo [42]; los médicos que se

[42] Texto de una amarga ironía sobre la ignorancia popular en medio de la cual se desenvolvía la medicina griega. Aparece también una denuncia de quienes pretenden conseguir fama por medios de dudosa ética. Desde el punto de vista lingüístico el texto está cargado de fuerza: *chreírisma* tiene el doble sentido de «maniobra» casi circense y «operación quirúrgica», y *skaiós*, traducido por «incompetentes», auna los sentidos de «ignorante» y «mal augurio».

dedican a tales cosas son incompetentes, al menos los que yo he conocido [43].

Yo apruebo sin reservas este viejo invento, a su descubridor y cualquier otro mecanismo pensado con racionalidad natural. No creo que haya que desechar que se curen algunos casos si la sucusión se prepara y se hace bien, pero yo, sin embargo, sentí vergüenza de todos esos tratamientos por considerarlos más própios de embaucadores [44].

A cuantos les sobreviene cifosis cerca del cuello, las 43
sucusiones por la cabeza tienen que beneficiarles menos, pues el peso de ésta y los hombros es menor; si a estos enfermos se les practican las sucusiones por los pies, es razonable pensar que se enderecen más, al ser el contrapeso mayor en esta posición, y a quienes tienen la curvatura más abajo, la sucusión, en cambio, es lógico hacérsela por la cabeza. Si se quiere llevar a efecto la sucusión, el procedimiento correcto es el siguiente: hay que cubrir una escalera de cojines de cuero o lienzo bien sujetos y llenar un espacio un poco mayor y más ancho que lo que ocupe el cuerpo del enfermo; luego, echar al paciente sobre ella, boca arriba; atarle los pies por los tobillos a la escalera, sin separarlos, con una correa fuerte pero suave; luego atarle por encima y por debajo de las rodillas, por las caderas en la zona de los riñones y rodearle el pecho con tiras flojas para que no dificulten la sucusión; hay que atar también los brazos pegados a los costados, al cuerpo práctica-

[43] Manifestación de una reserva que no dudamos en calificar de científica, pese a tratarse de un caso de evidente ineficacia técnica. Cf. nota 66.

[44] Aparece aquí la condena más fuerte y explícita de todo este tratado contra los malos profesionales por no respetar una de las normas deontológicas esenciales: el ajustar los medios a los fines y el evitar la teatralidad terapéutica innecesaria por ir en detrimento del enfermo. Cf. asimismo el final del cap. 44.

mente y no a la escalera. Una vez preparado así, levantarla apoyada contra una torre alta, o la viga transversal de una casa. El lugar de la sucusión ha de ser sólido y quienes sujetan de ambos lados tienen que estar bien preparados para bajarla de manera uniforme, derecha y simultánea, de forma que ni la escalera llegue a tierra inclinada hacia un lado ni ellos se vayan hacia delante.

Se podría preparar todavía mejor bajándola de una torre o descolgándola de un mástil fijo que tuviese arriba una plataforma, como se hacen bajar de una polea o un eje aparejos diversos. Es ciertamente desagradable extenderse hablando de estos temas [45]; no obstante, mediante estos sistemas, se puede practicar la sucusión lo mejor posible.

44 Si la curvatura está muy arriba y hay necesidad absoluta de la sucusión, es útil hacerla por los pies, como ya se ha dicho, pues así el peso hacia abajo es mayor; hay que sujetarle firmemente el pecho a la escalera, pero el cuello más flojo, lo justo para que quede derecho; hay que atar también a la escalera la frente e incluso la cabeza; los brazos, extendidos, atarlos al cuerpo, no a la escalera; el resto del cuerpo, exceptuando lo que haya que mantener derecho, que hay que atar con una correa floja alrededor, debe quedar suelto. A fin de que estas correas no dificulten la sucusión hay que considerar lo siguiente: no atar las piernas a la escalera, sino una con otra para que se

---

[45] Los médicos de Cos rechazaron la sucusión por los motivos que aquí aparecen: ser un método arcaico, bárbaro y desagradable. Pese a lo convencional de esta división en dos escuelas médicas, la sucusión era un método de tradición Cnidia que repugna al autor. En cualquier caso, estas sacudidas a un enfermo de cifosis conllevan una ejecución cercana al espectáculo y congregaban en lugares públicos a numerosos espectadores.

mantengan rectas respecto a la columna vertebral; hay que proceder así si se necesita practicar la sucusión en escalera. Si en cualquier arte es vergonzoso las complicaciones molestas y excesivas, el mucho aparato y la abundante palabrería para no sacar ningún beneficio, no lo es menos en la medicina.

Hay que conocer, lo primero, cuál es la naturaleza 45
de la columna vertebral, pues hace falta en muchas enfermedades. En la parte interna las vértebras están articuladas unas con otras y sujetas entre sí por mucosidad y nervios que parten de los cartílagos [46] y van hasta la espalda. Algunos otros tendones ligamentosos se extienden unidos a ambos lados de ellos por todo alrededor.

En otro tratado se darán a conocer las comunicaciones de las venas y las arterias, cuántas y cuáles son, de dónde salen y sus funciones; y también la médula espinal de qué envolturas está rodeada, de dónde parten y en dónde terminan y cuáles son sus conexiones y funciones. En la parte posterior las vértebras están articuladas entre sí mediante una especie de bisagras; tanto en la parte interior como en la exterior se extienden tendones comunes a todas ellas. De todas las vértebras sobresale, en el lado exterior, una apófisis por cada hueso, tanto de las más grandes como de las más pequeñas; sobre esas apófisis, hay epífisis de cartílagos y encima de ellas nacen fibras nerviosas completamente iguales a los tendones de fuera. Las costillas están unidas y se articulan una a una con cada vertebra, aunque sus cabezas tienden más hacia dentro que hacia fuera. Las costillas humanas son las más curvas y de perfil torcido. El espacio intermedio entre las costillas y las apófisis de las vértebras está lleno de músculos que van desde su co-

[46] Se trata del cartílago intervertebral y de su mucosidad interior.

mienzo en el cuello hasta su punto de sujeción; la propia columna vertebral tiene una línea curva en toda su longitud. Desde el hueso sacro hasta la gran vértebra [47], junto a la que se articula la sujeción de las piernas, presenta cifosis, al contener en esa zona la vejiga de la orina, los órganos sexuales y la parte blanda intestinal [48]; desde aquí hasta donde se sujeta el diafragma aparece con lordosis; ésta es la única de entre las partes interiores que posee sujeciones musculares denominadas *psoas* [49]; desde aquí, hasta la gran vértebra [50], la que está por encima de la línea de los hombros, tiene cifosis y parece aún más curva de lo que es, pues el perfil saliente tiene dentro el nacimiento de los huesos más altos, mientras que en ambos lados son más bajos los huesos. La articulación del cuello tiene curva anterior.

46 A quienes tienen curvadas las vértebras hacia afuera no es frecuente, sino raro, que se les produzca una fuerte luxación o fractura del punto de unión de una vértebra o más; estos problemas no se dan fácilmente, pues no es fácil que algo que ya sobresale se lo eche más hacia afuera, excepto si desde la parte de delante se le hiriese con algo contundente, a través del tórax, cosa que le haría morir, o bien, si una persona se le cayese desde un lugar alto y quedase sobre sus caderas u hombros, y también así mo-

---

[47] La quinta vértebra lumbrar, cf. nota 40.

[48] En rigor dice «la parte blanda del recto» *archós*, pero puesto que el término conlleva la noción del tubo conductor, creemos que tiene mayor sentido entender *archós* como intestino que en su acepción concreta.

[49] Los músculos lumbares. Mantenemos el término griego para respetar la denominación específica que le da el autor. Estos músculos con esta curiosa denominación ya aparecen mencionados en un texto médico anterior y muy denostado por los hipocráticos: las *Sentencias Cnidias*.

[50] La séptima vértebra cervical. Cf. nota 40.

riría aunque no de inmediato; según esto, no es fácil que se produzca tal luxación anterior más que si se le quedase encajado algo extremadamente pesado.

El extremo exterior de los huesos largos es tal que tiende a su propia fractura antes que a crear un gran hundimiento, forzando a los ligamentos y a las articulaciones relacionadas entre sí. La espina dorsal sufriría ante una curvatura tan pronunciada por lo reducido del espacio, al estar la vértebra desencajada; la vértebra, como está fuera de su sitio, podría comprimir a la médula incluso sin estar fracturada; y la médula, oprimida y separada, produciría narcosis [51] de numerosos puntos vitales. Ante los numerosos y graves problemas que se presentan, carecería de interés para el médico cómo poner derecha la vértebra. Así, ni siquiera está claro si se puede reducir por sucusión u otro método, excepto abriendo al paciente, introduciendo la mano y tirando de dentro hacia afuera y tal cosa se puede practicar en un cadáver, en absoluto en un vivo. ¿Y por qué escribo esto? Porque algunos creen que ya han curado a pacientes cuyas vértebras están hundidas cuando las articulaciones están completamente salidas; más aún, algunos piensan que esta dislocación es la más fácil de solventar y que no requiere reducción, sino que sana por sí misma. Hay muchos médicos ignorantes que sacan provecho de serlo pues convencen a sus vecinos [52], pero se equivocan completamente en esto: creen que el perfil apuntado

[51] Conviene matizar que narcosis indica un embotamiento de la sensibilidad con cese total o parcial de actividad en ciertos miembros. El término *nárkē* se refiere siempre a entorpecimientos físicos, no mentales ni cerebrales. Es conveniente recordar que ya desde la medicina siciliana la médula espinal era considerada como uno de los lugares donde se originaban las enfermedades.

[52] Cf. nota 42.

que sobresale de la columna vertebral es las propias vértebras, porque parece redondo al tacto cada uno de ellos, pero ignoran que estos huesos son los que nacen de las vértebras sobre los que antes se ha hablado un poco.

Las vértebras están mucho más separadas por delante, pues, de todos los animales [53], el ser humano es el más estrecho interiormente en relación a su tamaño y considerado de atrás hacia adelante, sobre todo en el pecho; pues, cuando uno de estos huesos que sobresalen, o más de uno, sufren una fractura seria, ese lugar queda más hundido que el del otro lado y por ello yerran al creer que las vértebras se han ido hacia dentro. Además, los síntomas externos [54] de los pacientes contribuyen a su error, pues, si intentan doblarlos, sienten dolor por tener la piel de la zona afectada muy tensa, amén de que los huesos fracturados molestan más a la región afectada; en cambio, si los inclinan hacia delante, es menos malo, pues la piel de la zona lesionada está menos tensa y los huesos molestan menos; pero en cambio, si alguien los toca, no pueden resistirlo, se inclinan y la zona aparece vacía y suave al tacto. Todo lo dicho contribuye a la equivocación de los médicos; estos enfermos se curan por sí mismos, sin problemas, pues estos huesos, como son porosos, hacen callo enseguida.

47 La espina dorsal [55], por su función y naturaleza, sufre escoliosis de muchas maneras, incluso en personas sanas; es propio que ceda a la vejez y a los dolores. Las cifosis

---

[53] Cf. nota 9.

[54] *Schḗmata,* 'formas o posturas' pero al tratarse de una medicina externa, las formas corporales no son meras posiciones, sino *Sēmeîa,* indicadores y síntomas y de ahí nuestra traducción.

[55] *Akántha* y *ráchis* usados indistintamente y referidos ambos al perfil puntiagudo, saliente que presenta y a la noción de eje de la espalda.

de caídas se producen, en general, si se cae sobre los hombros o las caderas. En las cifosis, forzosamente, una de las vértebras aparece fuera, más alta que las otras, y las de un lado más bajas que las del otro; y esto no porque una esté especialmente lejos de las otras, sino porque todas han cedido un poco y, en conjunto, parece mucho. Por ello, la médula espinal soporta bien esta forma de torcimiento, por ser circular y no angulosa [56].

Los preparativos para la rectificación hay que disponerlos de la siguiente manera: se puede hacer clavando una madera fuerte y de buena anchura que tenga una incisión en toda su longitud; o bien, en lugar de una madera, se puede practicar esta muesca en una pared, longitudinalmente, y un codo por encima del suelo o lo que sea necesario. Luego, colocar de lado, enfrente de esa pared, una tabla de roble de forma cuadrangular, dejando entre ellas el espacio suficiente para que se pueda pasar, si hace falta, y echar sobre esta tabla una tela de lana o algo que sea suave pero que no ceda mucho. Si cabe la posibilidad, hacer que el paciente tome un baño de vapor y, si no, lavarle con agua caliente; luego tenderle boca abajo y, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo de forma natural, atárselos a él con una tira suave, de anchura y longitud suficiente y que esté dividida en dos hacia la mitad. Hay que sujetarle dándole dos vueltas en mitad del pecho, lo más cerca posible de la axila y después lo que sobra por cada lado atárselo por los hombros; los extremos, sujetarlos a un palo de madera, ajustando su longitud a la made-

[56] Hay en estos textos una permanente diferenciación entre causas y síntomas para llegar a las claves del problema ya que ahí, en la interpretación correcta de lo apariencial, es donde se distingue al profesional experto.

ra de debajo frente a la que el poste colocado sirve como palanca para hacer la extensión. De forma similar, hay que atar la parte superior de las rodillas y de los tobillos con otra correa, cuyos extremos deben sujetarse a un palo de madera como el descrito. Con otra correa ancha, suave, fuerte, como una cinta, de longitud y anchura suficiente, hay que sujetar y rodear la cintura lo más cerca posible de las caderas; lo que sobra de esta correa y los extremos de las otras dos atarlos al palo de los pies, tirando hacia ambos lados por igual y haciéndolo también de frente, pues esta tensión no genera ningún perjuicio serio si se prepara bien y no hay intención de dañar. Es necesario que el médico u otra persona con fuerza y sabiendo lo que hace, poniendo la palma de la mano sobre la curvatura y la de la otra sobre el otro lado, practique la reducción, teniendo en cuenta si lo natural es hacerlo recto, hacia abajo, hacia la cabeza o las caderas.

Este sistema es el que necesariamente está más libre de nocividad, aunque tampoco se corre peligro si alguien, a la vez que se está haciendo la tensión, se sienta sobre la curvatura e, incorporándole, le hace una sucusión; tampoco hay impedimento alguno en practicar una sucusión suave [57] mientras se hace una presión suave apoyando el pie sobre esta curvatura. Sin embargo, el método más eficaz de reducción es hacer la muesca en la pared, o clavar la madera bastante más abajo que la columna vertebral del paciente, lo que parezca adecuado, e insertar una plancha de madera de tilo o de otra clase que no sea muy delgada y aplicar sobre la curvatura un trozo de tela con varios

[57] Cf. nota 45. Véase, no obstante, la actitud abierta, coherente con lo expuesto al final del capítulo 42, admitiendo una sucusión lógica, racional y adecuada a la situación.

dobleces o un cojín de cuero pequeño. Lo útil es que estos aditamentos sean lo más pequeños posible, calculando sólo lo justo para evitar que la dureza de la tabla ocasione un dolor fuera de lugar e inconveniente. Hay que poner la curvatura alineada a la inversa de la pared lo más posible, de manera que al poner encima la plancha de madera, ésta haga la máxima presión donde el hueso está más saliente. Cuando se le aplique esto, hace falta que uno, o dos si es preciso, hagan presión en lo alto de la tabla y que, además, unos por un lado y otros por el otro, tiren del cuerpo en sentido longitudinal como se ha dicho. También puede hacerse esto con un cabrestante fijo en el suelo mediante una madera, o con los laterales ajustados a la propia madera, o también, si se quiere, sobresaliendo ligeramente en línea recta por ambos lados, o de la parte superior de la tabla en ambos extremos. Estos aparatos de reducción son de fácil regulación a mayor o menor tensión y tienen tal potencia que, si se quieren usar para torturar en vez de para curar, pueden utilizarse a tal efecto, pues se puede lograr la extensión con sólo tirar de ambos lados en sentido longitudinal, sin más aparatos, e incluso sin tirar, meramente empujando con la tabla hacia abajo, puede reducirse. Estas fuerzas son muy válidas pues el operador puede usarlas en situaciones que requieren mayor o menor tensión; también efectúan una reducción natural, pues la presión obliga a ir a su lugar al hueso que sobresale y, además, estas extensiones naturales distienden las partes que anómalamente habían quedado juntas [58]. No conozco sis-

[58] El autor reitera la prevalencia del método natural, *káta phýsin*, «según la naturaleza», siguiendo toda una filosofía médica y conceptual que entiende que el médico es el que reconduce a la naturaleza a su equilibrio.

temas de reducción mejores ni más correctos [59] que éstos, pues la dirección recta de la propia espina dorsal, considerada en sentido longitudinal, vista desde abajo y desde el hueso denominado sacro, carece de perfil curvo y, en cambio, desde arriba, desde por encima del cuello, desde la cabeza, sí lo tiene; mas no parece adecuada la extensión hecha en este punto, e incluso, si se abusa de ella, podría generar perjuicios.

Yo, una vez, intenté hacer una extensión a un paciente tumbado boca arriba, poniendo bajo su curvatura una vejiga sin hinchar y después fui haciendo, mediante un tubo de bronce, que entrara el aire, pero fracasé, pues cuando el paciente estaba ya muy extendido, la vejiga se hundió al no poder ser retenido el aire en su interior y fue una situación especialmente proclive a la dislocación, dado que la curva del paciente y la de la vejiga eran presionadas en el mismo sentido; en cambio, cuando no practicaba al paciente una extensión muy fuerte, la vejiga mantenía su curvatura por la presión del aire y el paciente sufría una lordosis mayor de lo conveniente.

He comentado esto porque las experiencias que tras ponerlas en práctica se revelan como impracticables y sin resultados, son válidas [60].

---

[59] El texto griego dice *oudé kallíous oudé dikaiotéras*, «ni más bellos, ni más justos», usando terminología jurídica, política, filosófica y estética para calificar una actuación médica profesional y adecuada. La medicina griega, al no disponer de un vocabulario propio y concreto, lo fue tomando de otros campos, pero es evidente que tras ello subyace toda una concepción griega que equipara naturaleza y justicia.

[60] Testimonio magnífico de cómo el error es vía de aprendizaje futuro. El conocimiento adquirido de forma positiva o negativa es siempre válido, no es privado y se transmite con una finalidad social, acorde con el carácter de la medicina griega. La confesión de errores, cf. *Epide-*

Las vértebras que por una caída o un impacto de algo pesado que se les cae encima sufren una escoliosis, por regla general no quedan muy separadas unas de otras, pero si hay una gran separación entre unas y otras, esto lleva a la muerte. Como se ha dicho antes, la separación tiene un perfil redondeado y no anguloso. La orina y las heces sufren, en estos casos, mayor retención que en las cifosis, los pies y toda la pierna se les enfría más y hay mayor mortalidad que en las cifosis; si sobreviven, tienden a la incontinencia de orina, y las piernas quedan bastante débiles y torpes; yo, realmente, carezco de aparato para colocar en su sitio tal lesión más que, si es factible, ayudarle con la sucusión de la escalera, con algún otro tipo de tratamiento, o con la extensión, que un poco antes se ha explicado. 48

No tengo ningún aparato para presionar que a la vez practique la extensión como la plancha de madera que presionaba las cifosis, pues, ¿cómo va a presionar nadie por delante a través del interior del cuerpo? Es imposible. La tos y los estornudos carecen de fuerza alguna para colaborar a la extensión. Ni siquiera podría hacer nada la introducción del aire en el interior de la cavidad corporal. La aplicación de numerosas ventosas alrededor, para hacer salir las vértebras hundidas, es un proceder muy erróneo, pues las empujan más hacia adentro que hacia afuera y [los que así proceden] ni tan siquiera saben esto: que ante la aplicación de objetos más grandes, mayor lordosis sufren los pacientes al contraerse la piel hacia arriba. Podría citar otros métodos de extensión, amén de los comentados antes, de los que cabría pensar que para esta dolencia surten un efecto más reductor,

---

mias V 17, 18, 19 y 20, persigue el fin deontológico de beneficiar al enfermo.

pero no confío realmente en ellos y de ahí que no los comente. Respecto a estas lesiones sobre las que se ha hablado brevemente hay que saber, como norma general, que las lordosis son mortales y graves y las cifosis no tienen peligro de muerte pero sí retención de orina y pérdida de sensibilidad en los miembros; la curvatura externa no dificulta a los conductos que van por el interior del cuerpo ni su buen flujo interno. La lordosis, en cambio, hace ambas cosas y sobrevienen, además, otras muchas consecuencias: muchos se quedan sin fuerza en las manos y en las piernas, el cuerpo pierde sensibilidad y sufren retención de orina aquellos casos en que la lesión no está ni hacia dentro ni hacia afuera sino que existe una fuerte conmoción en la línea recta de la columna vertebral; sufren menos estos síntomas aquellos a quienes la curvatura se les desvía.

49 En medicina pueden verse otros muchos ejemplos de este tipo, en los cuales las lesiones serias carecen de nocividad y conllevan la crisis completa de la enfermedad y, en cambio, las menos importantes son nocivas y producen la propagación crónica de enfermedades que se van haciendo extensivas al resto del cuerpo. Así ocurre con la fractura de costillas; a los que sufren esta fractura, de una o de varias, como suele suceder, al no separárseles los huesos hacia dentro ni descarnárseles, en pocos casos les da fiebre, ya que en casos reducidos escupen sangre, no se dan muchas empiemas, no requieren gasas ni hay esfácelo oseo.

Una dieta floja basta, pues, si a estos esfermos les toman fiebres continuas, es peor para ellos —y les provoca más dolor, fiebre y tos—, la dieta absoluta que comer algo. Una moderada saciedad de la cavidad del cuerpo hace enderezarse a las costillas; por el contrario, la vacuidad las hace estar suspendidas y la suspensión genera dolor;

en estos casos, basta un vendaje sencillo: con cera, compresas y vendas apretadas, suavemente, hacer un vendaje uniforme aplicándole algo de lana; las costillas se fortalecen en veinte días, pues el proceso de callosidad es rápido en estos huesos.

Cuando la carne en torno a las costillas está contusa 50
por el golpe, la caída, la resistencia que opuso al recibir el impacto u otra causa de este tipo, muchos escupen sangre abundante al estar extendidos por cada costado conductos y tener ahí su punto de partida nervios de partes fundamentales del cuerpo. A muchos se les produce tos, abultamientos, empiemas, necesitan gasas y las costillas sufren esfácelo. Sin embargo, a quienes con esta contusión en torno a las costillas no se les producen los antedichos problemas, los dolores les van cesando más lentamente que en los casos de costillas rotas y el sitio es más propenso a las recaídas dolorosas en estos accidentes que en otros.

Algunos se desinteresan claramente de este tipo de casos en relación con los de rotura de costilla, cuando, si fuesen competentes, [sabrían que] estos enfermos necesitan un tratamiento más aquilatado. Es útil reducir las comidas, reposar lo más posible, abstenerse de relaciones sexuales, de alimentos grasos o que exciten la tos y de todo tipo de comida fuerte; es también útil la flebotomía de la vena del codo, guardar el máximo silencio posible y vendar toda la zona contusionada con compresas numerosas, aunque no muy dobladas, en toda su anchura; hay que verter cera y atar las compresas anchas con cintas también anchas y suaves, apretarlo haciendo una presión intermedia para evitar que quede muy apretado pero tampoco flojo. Hay que empezar por la zona contusionada y apretar ahí flojo; el vendaje hay que hacerlo a partir de dos extremos con el fin de que la piel de alrededor de las costillas no quede con arrugas sino lisa.

El vendaje debe cambiarse cada día o cada dos; es mejor relajar el intestino con algo ligero y proporcionado a la falta de alimentos; durante diez días hacerle adelgazar y engordar después. Durante el período de dieta hay que apretar más el vendaje y cuando ya se le está suavizando la restricción de alimentos, aflojárselo más. Si escupe sangre desde el principio, hay que vendarle y hacerle un seguimiento de cuarenta días, y, si no la escupe, generalmente veinte días de tratamiento son suficientes. Este tiempo ha de preverse por la gravedad de la herida. Cuando las contusiones se descuidan, aunque no les sobrevenga nada más grave, en esos tejidos contusionados se retiene mayor mucosidad que antes y cuando algo de esto se queda dentro y no se le aprieta para hacerle salir y sanarlo es peor si la mucosidad se ha quedado junto al propio hueso, pues ya la carne no está en contacto con el hueso lo mismo que antes, el hueso enferma más y, a partir de esta causa inmediata, surge el esfácelo crónico del hueso; si la mucosidad está en la propia carne, no en el hueso, se producen recaídas y dolores esporádicos si hay cualquier problema orgánico. Por esto hay que utilizar un vendaje bien hecho y muy extendido hasta que la enquimosis producida en el hematoma se seque y consuma, la zona aumente con el crecimiento de carne sana y ésta tenga contacto con el hueso. Quienes descuidan estas heridas llegan a tener la zona dolorida, la dolencia se hace crónica, la carne con un poco de mucosidad; el mejor tratamiento es la cauterización; si la carne misma está viscosa hay que cauterizar hasta el hueso pero sin calentarlo; si está entre las costillas ni siquiera debe cauterizar la superficie, procurando evitar una cauterización frontal profunda, y si la contusión parece estar junto al hueso, está reciente, si el hueso aún no ha sufrido esfácelo, o, si lo tiene, fuese muy pequeño, hay

que cauterizar según se ha indicado. Si la contusión se extiende a lo largo del hueso, hay que practicar numerosas escaras. En el tratamiento de los abscesos purulentos se hablará sobre el esfácelo de costillas.

Si la articulación del hueso del muslo se disloca de la 51
cadera, se sale de cuatro formas [61]: hacia dentro, en numerosísimos casos, hacia fuera también en otros muchos, pero en cambio hacia atrás y hacia delante en pocos casos; a los que se les disloca hacia dentro, la pierna, colocada junto a la otra, parece más grande por un doble motivo inmediato: la cabeza del hueso del muslo se encaja sobre el hueso que va desde la cadera subiendo hasta el pubis y el cuello de la articulación se desplaza sobre la cavidad cotiloidea. Las nalgas, por su parte, parecen huecas desde atrás, por estar metida hacia dentro la cabeza del fémur y, a su vez, el fémur sobresale hacia afuera, lo mismo que la pantorrilla y el pie.

Pues bien, por su inexperiencia, los médicos llevan el pie sano junto al enfermo, pero no viceversa y, por ello, el pie lesionado parece mucho más largo que el sano; estos casos son mal interpretados en otros muchos aspectos: no pueden doblar la ingle como la de la pierna sana y, al tacto por el perineo, la cabeza del fémur aparece abultada claramente. Ésos son los signos en los casos de dislocación interna del fémur.

Los pacientes a quienes la dislocación no se reduce por 52
ignorancia o descuido andan describiendo una curva como los bueyes y su pierna sana soporta la mayor parte de la

[61] Al igual que para el húmero (cf. nota 3), el autor no usa un término específico para el fémur. Pétrequin ya observó cómo el quirúrgico griego clasifica las dislocaciones y fracturas siempre especialmente respecto a su posición natural indicando además su frecuencia y gradación.

carga y desplazamiento del cuerpo y, por fuerza, van doblados, torcidos por la cintura y la articulación dislocada; la nalga del lado sano está redondeada hacia afuera necesariamente; si alguien anda con el pie de la pierna sana torcida hacia afuera, desplaza sobre la pierna enferma el resto del cuerpo y esta pierna no puede soportarlo. ¿Qué hay que hacer? Tienen que andar con el pie del lado sano, hacia adentro y no hacia afuera, pues, de ese modo, la pierna sana carga muchísimo mejor con ambos lados del cuerpo. Al estar inclinados hacia delante por la cintura y la articulación, parecen más bajos y van de lado, apoyándose sobre la pierna sana. Necesitan un bastón de ese lado, pues, como los glúteos están desequilibrados, el peso del cuerpo recae ahí y, por fuerza, se apoyan en el lado sano, pues el brazo del lado enfermo se apoya de lado al no poder soportar la pierna enferma, al cambio de pierna, el peso del cuerpo, a menos que se la sujetasen al suelo oprimiéndosela. Estas posturas son las que tienen que adoptar, a la fuerza, los que no han sido reducidos de una dislocación hacia dentro; y lo hacen sin plantearse cómo les será más fácil desplazarse; la propia enfermedad les enseña a elegir lo más adecuado a la situación en que se hallan.

Los que tienen una herida en el pie o la pierna, apenas pueden andar del lado herido y todos, aun los más pequeños, caminan de la siguiente manera, con el pie enfermo hacia afuera; y consiguen dos cosas, pues dos cosas necesitan: el cuerpo no va igual si se anda con los pies hacia afuera que hacia adentro, pues el peso no cae en línea recta con ambos, sino recae sobre todo sobre el que va apoyándose. El peso del cuerpo va perpendicular en el acto de andar y al cambiar de piernas. De esa forma, si anda con el pie enfermo más hacia afuera y con el derecho más hacia adentro, podría apoyar la pierna sana. Sobre nuestro

tema: es bueno que el cuerpo halle, por sí mismo, la posición más adecuada.

A los que sin haber acabado el crecimiento sufren una dislocación, pero no se les reduce, la pierna entera —muslo, pantorrilla y pie— les queda lisiada, al no crecer esos huesos de manera uniforme, al quedar más cortos —el del muslo sobre todo— y al faltarle volumen muscular a toda la pierna, queda ésta más débil y delgada, debido tanto a la falta de espacio de la articulación como a no poder utilizarla por no estar en su lugar natural; un poco de ejercicio les preserva de un debilitamiento excesivo y de un crecimiento escaso; los más perjudicados son los que tienen dislocada hacia el vientre esta articulación, después los que son muy jóvenes y, en cambio, los adultos son los que menos daño sufren. Cuando esta desgracia ocurre siendo muy pequeños, se esfuerzan en vano intentando enderezar el cuerpo y van encorvados sobre la pierna sana, apoyándose, de ese lado, con la mano en el suelo, e incluso lo hacen así algunos a los que el accidente les ocurre ya de adultos; pero si estos pacientes de pequeños son bien instruidos al respecto [62], usan la pierna sana llevando una muleta en la axila de ese lado y algunos en ambas; otros se sirven de la pierna sana para incorporarse y lo hacen con tanta mayor facilidad cuanto menor es la pierna enferma, y su pierna sana no tiene menor fuerza que si ambas estuvieran bien; no obstante, a todos ellos los músculos de las piernas enfermas se les reducen y, por lo general, más las carnes de fuera que las de dentro.

---

[62] En este pasaje y en el cap. 55, el autor formula una terapia pedagógica en colaboración con el enfermo: hay que instruirle bien para lograr unos buenos resultados. La pedagogía médica consiste en enseñar al ciudadano a cuidarse, a funcionar dentro de sus limitaciones, a recuperar la salud y a prevenir la enfermedad.

53 Cuentan algunos que las Amazonas, cuando sus hijos varones son muy pequeños, les dislocan las articulaciones —rodillas o caderas— y, por ello, están cojos y no conspiran los machos contra las hembras; los dedican a oficios artesanales, trabajadores del cuero, del bronce o de cualquier otra actividad que se practique sentado; si esto es cierto, no lo sé, pero sé que tales problemas ocurren si se producen dislocaciones en la infancia temprana.

La dislocación en mitad de la cadera es diferente a la dislocación externa o interna de la misma. También hay diferencia en la de rodilla, pero menor. Cada cojera es de un tipo, pues los que sufren dislocación externa, quedan más tullidos y, en cambio, la dislocación interior les hace mantenerse menos erguidos. Lo mismo ocurre con la dislocación de tobillo: si es hacia afuera, quedan tullidos, pero pueden mantenerse en pie; si es hacia dentro, quedan zambos y su estabilidad es menor.

El crecimiento óseo se produce de la siguiente manera: en las dislocaciones del hueso de la pierna, por el tobillo, los huesos del pie crecen muy poco al hallarse muy cercanos a la lesión y, en cambio, el hueso de la pantorrilla [63] crece sin demasiado defecto, aunque el volumen del músculo se reduce; en cambio, a los que mantienen la articulación en su lugar natural pero se les sale por la rodilla, el hueso de la pantorrilla no tiende a crecer igual, sino que queda más corto al hallarse cerca de la lesión; los huesos del pie se reducen, pero no exactamente como se dijo antes, sino un poco menos, porque la articulación del pie está sana y si pudiesen ejercitarlo, como los tullidos, los huesos del pie se les reducirían menos.

---

[63] Se refiere a la tibia y al peroné pero englobando a ambos.

A quienes sufren dislocación de caderas, el hueso del muslo no tiende a un crecimiento semejante al sano, se queda más corto que éste por estar muy próximo a la lesión. Sin embargo, el crecimiento de los dos huesos de la pierna no se estanca ni en este caso ni en el de los pies, porque tanto la articulación del muslo en la pierna como la de la pierna en el pie se mantienen en su lugar natural; sin embargo, la masa muscular de toda la pierna se les reduce, aunque, si pudieran utilizarla, los huesos tendrían un crecimiento conjunto, según se ha dicho, excepto el del muslo. También habría un aumento de la masa muscular aunque mucho menor que si estuviera sana la pierna. Ésta es la señal de que esto es así: los que tienen el codo dislocado, los «codo-comadrejas», bien de manera congénita, bien durante el crecimiento, antes de llegar a adultos tienen el húmero corto, y el antebrazo y el saliente de la mano un poco más defectuosos que los del lado sano, por el motivo dicho: el húmero está muy próximo a la lesión y, por ello, queda más corto, pero, en cambio, el codo no está afectado por el accidente del igual manera, porque la articulación del húmero por el antebrazo permanece en su sitio y el saliente de la mano está más lejos del lugar lesionado que el codo; por las razones expuestas los huesos que no crecen con su desarrollo normal no están bien formados y los que sí lo tienen, lo están; los ejercicios manuales ayudan mucho al desarrollo de los músculos de la mano y del brazo; los «codo-comadreja» están muy dispuestos a realizar con la mano enferma cuantos ejercicios son propios de la mano y pueden hacer con la otra mano, la sana, y no lo hacen mal, pues el cuerpo no requiere sostenerse por las manos como por las piernas y sus actividades son ligeras y, por la actividad que desarrollan, los músculos de la mano y el antebrazo no se reducen en estos

enfermos. Y también esto contribuye algo a desarrollar la musculatura del brazo. Cuando la cadera está dislocada hacia dentro, congénitamente o en la primera infancia, los músculos se reducen más que los del brazo por esto, por no poder utilizar la pierna. Un testimonio de que esto es así se revelará en los casos de los que se hablará un poco más adelante.

54 A los que sufren dislocación externa de la cabeza del hueso del fémur, la pierna, puesta junto a la otra, aparece más corta, y es lógico, pues la cabeza del fémur no está frente al hueso [64] —como es la dislocación interna—, sino junto a él; este hueso es de naturaleza inclinada y se apoya sobre carne húmeda y que ha cedido un poco; de ahí que parezca más corto; por dentro, junto a la denominada entrepierna, el muslo aparece bastante hundido y falto de musculatura; en cambio, desde fuera, el glúteo parece bastante redondeado al estar la cabeza del fémur dislocada hacia fuera y también parace más alto, al haber cedido la carne de ese lado ante la cabeza del hueso del muslo. El extremo del hueso junto a la rodilla aparece salido hacia el interior así como la pierna y el pie. No pueden doblar esta pierna como la otra, la sana. Éstas son las señales de la dislocación externa de fémur.

55 A los que se les disloca la articulación ya de adultos y no se les reduce la pierna les queda, evidentemente, más corta toda ella; al andar no pueden apoyar el talón en el suelo y caminan de puntillas, torciendo un poco hacia dentro las puntas de los dedos. La pierna enferma de estos pacientes puede sostener su cuerpo mucho más que en los casos de dislocación interna por dos motivos: uno porque la cabeza del fémur y el cuello de la articulación son natu-

[64] Se trata del hueso de la cadera.

ralmente oblicuos y constituyen la base de buena parte de la cadera, y otra, porque la punta del pie no tiene necesariamente que inclinarse hacia afuera sino que está cerca de la línea recta del cuerpo y tiende hacia dentro bastante. Cuando la articulación, a base de rozarse en el músculo sobre el que está dislocado, se hace un hueco, la carne adquiere viscosidad y no duele durante un tiempo, durante el cual pueden caminar sin muleta, si quieren, y mantener el cuerpo sobre la pierna dañada. El ejercicio hace que las carnes de estos enfermos se pongan menos flácidas que las de que los que se habló antes; la flacidez es mayor o menor, generalmente es mayor en la parte interior que en la exterior. Algunos de estos enfermos no pueden calzarse debido a la rigidez de su pierna y otros, en cambio, sí; los enfermos que sufren esta dislocación en el vientre materno, o una dislocación violenta durante su crecimiento y no se les reduce, o bien se les disloca y desencaja por enfermedad —cosa que ocurre muchas veces— a algunos de ellos, si el hueso del muslo sufre esfácelo, se les producen abscesos crónicos a los que hay que dar puntos; pero tanto a los que están afectados de esfácelo como a los que no, el fémur les queda más corto y no tiende a tener un crecimiento semejante al de la otra pierna, aunque sólo un poco más corto por los motivos antedichos. Todos ellos pueden andar, unos como andan los adultos que sufren dislocación y no reducción y otros caminando con todo el pie pero con andares vacilantes por el acortamiento de la pierna; tales resultados se consiguen si se instruye al enfermo con interés y adecuadamente sobre qué posiciones son las correctas, antes y después de que cobre fuerza al andar. Cuando este accidente ocurre en niños muy pequeños, requiere una atención y cuidado especialísimos pues, si no se les presta el interés necesario, a todos la

pierna se les queda inútil y no les crece lo debido y la masa muscular es menor que en la pierna sana, aunque esta disminución es mucho menor en estos enfermos que en los de dislocación interior debido al ejercicio y la práctica, ya que éstos pueden usar su pierna inmediatamente, lo mismo que los «codo-comadrejas», según se comentó antes.

56 Hay casos en que al poco tiempo de nacer o por alguna enfermedad se dislocan las articulaciones de ambas piernas hacia fuera y los huesos sufren los procesos descritos; sin embargo, en estos casos apenas hay flaccidez muscular, las carnes de las piernas están bien compactas excepto alguna pequeña carencia en el interior. El uso de ambas piernas indistintamente hace que las carnes estén desarrolladas; su andar es vacilante hacia ambos lados y las nalgas sobresalen muy marcadamente debido a la dislocación de las articulaciones; si los huesos no sufren esfácelos, ni ellos cifosis por encima de las caderas —a algunos les toma—, si nada de esto les ocurre, gozan, por lo demás, de una buena salud, aunque el crecimiento general del cuerpo, exceptuando la cabeza, es deficitario.

57 Cuando la cabeza del fémur se disloca hacia atrás —ocurre pocas veces— no pueden extender la pierna ni por la propia articulación dislocada ni por la rodilla. Muy pocos de ellos extienden la pierna por la ingle y la rodilla. Hay que saber —pues es muy válido y digno de interés y, en cambio, la mayoría lo pasa por alto— que la articulación ésta no puede doblarse por la rodilla ni aún estando perfectamente, si a la vez no se dobla también la articulación por la ingle; solamente se podría si se levantase el pie muy alto. Tampoco pueden doblar la articulación por la rodilla más que a duras penas, si no flexionan también

la de la ingle. En el cuerpo hay muchas otras analogías [65] de este estilo, las relaciones de tensión entre los nervios, la forma de los músculos y muchísimas otras dignas de mayor interés de lo que se cree: la relación entre la naturaleza del intestino y toda la cavidad abdominal, la desviación y contracción del útero. Sobre estos temas habrá un tratado relacionado con los que ahora nos ocupan. Sobre el tema, como se ha dicho, no pueden doblar la pierna y ésta aparece más corta por dos razones: por no poder ser flexionada y porque la forma natural del hueso de la cadera, en el lugar en que se halla dislocada la cabeza y el cuello del fémur, es inclinada hacia la parte externa de la nalga; si el dolor no se lo impide, pueden doblarla sin embargo; la pierna y el pie aparecen convenientemente rectos, sin mucha desviación hacia un lado u otro; la carne, por la ingle, parece hueca, al tacto sobre todo, pues la dislocación es al otro lado, palpando a fondo la propia nalga, la cabeza del fémur parece sobresalir un poco, bastante incluso. Éstos son los signos por los que se reconoce un fémur dislocado hacia atrás.

Los que sufren una dislocación ya de adultos y no se **58**
les reduce, pueden andar cuando transcurre un tiempo, cesa el dolor y la articulación se ha habituado a estar en la carne y moverse torcida. Sin embargo, al andar, tienen que doblar ostensiblemente las ingles por dos motivos: la

---

[65] La fantasía analógica fue un sistema de construcción conceptual muy usado en la medicina griega, pero lo que aquí aparece es una auténtica analogía, *adélphixis,* una correspondencia e interpretación de la parte y el todo y de las partes entre sí, fruto del estudio y observación de un profesional inteligente. Coincidimos con Joly en que esta medicina, en su conjunto, no es ciencia sino, preciencia, ahora bien, la mentalidad que late en los textos quirúrgicos es, sin lugar a dudas, científica en su sentido moderno.

pierna es mucho más corta por las razones dichas y le falta mucho para apoyar el talón en el suelo, pues se caería hacia atrás, si intentase, aunque fuese por muy poco tiempo, cargar el peso sobre el pie sin ningún otro apoyo de contrapeso, porque el desequilibrio sería grande, al sobresalir las caderas mucho hacia atrás, rebasando la base del pie, y al estar la columna vertebral inclinada hacia las caderas. Y apenas puede tocar el suelo con el pie y ni aún así puede hacerlo más que doblando las ingles y flexionando a la vez la otra pierna por la rodilla; amén de esto, el paciente, por fuerza, tiene que, a cada paso, apretar con la mano la pierna lesionada por la parte superior del fémur. Y esto ya por sí mismo le obliga a doblarse por las ingles; al andar, en el cambio de pierna, el enfermo no puede cargar el cuerpo sobre la pierna lesionada si no se le sujeta ésta al suelo con una mano, porque la articulación no va alineada con el cuerpo sino que se halla dislocada hacia atrás por la cadera. Pueden, si se han habituado a ello, andar sin muleta porque la base del pie se mantiene en su línea recta natural y sin inclinarse hacia afuera, de ahí que no requieran bastón; pero, sin embargo, quienes en vez de sujetarse el muslo quieren apoyarse en una muleta puesta bajo la axila del lado de la pierna enferma, si la muleta es lo suficientemente larga, pueden andar bastante derechos, aunque no apoyar el pie en el suelo. No obstante, si quieren apoyarse en el suelo, tienen que llevar una muleta más corta y tendrían que doblarse por las ingles. También a estos enfermos el músculo les disminuye tal y como se ha dicho ya antes. A los que la pierna no les llega al suelo y no siguen ningún tratamiento se les reduce muchísimo y, a los que se ejercitan mucho andando, muy poco; la pierna sana no les ayuda, sino que llega a deformarse si apoyan la enferma en el suelo. Quien tiene las caderas

salidas ha de ayudar a las dos piernas y por fuerza se dobla por las rodillas, a menos que no apoye en el suelo la pierna enferma sino que la lleve colgando apoyándose en una muleta, fortaleciendo de ese modo la pierna sana.

Una dieta natural y el ejercicio físico hacen recuperarse de la lesión. Alguien podría decir que estas cosas están fuera del arte médico, pues ¿por qué hay que continuar preocupándose y prestando atención a casos que son ya incurables? Está muy lejos de ser así el planteamiento, pues saber e investigar esto atañe el conocimiento mismo y no pueden separarse ambos aspectos; respecto a los casos curables, hay que actuar con mecanismos que eviten que se conviertan en incurables, sabiendo en qué punto hay que impedir que vayan a la incurabilidad; y respecto a los casos incurables, hay que saber que no se les puede maltratar en vano [66].

Se pronuncian discursos brillantes y contrastados haciendo previsiones y diagnosticando dónde, cómo y cuándo morirá el enfermo, si la enfermedad dará un giro hacia la salvación o si va hacia lo irremediable.

A quienes se les disloca la articulación hacia atrás y no se les reduce, bien sea una dislocación congénita, durante el crecimiento, a causa de alguna violencia o enfermedad —pues en ellas se producen muchas dislocaciones— *** Se escribirá más adelante sobre aquellas enfermedades

---

[66] Este párrafo, por sí solo, justificaría la fama y el prestigio del legendario médico de Cos, pues refleja la teoría de un científico, a saber: la pregunta y el análisis aparecen como base del quehacer médico, la investigación es el método de avance, la naturaleza ha de ser controlada en su justo punto y el proceso irreversible detenido, unido todo ello a un profundo respeto al objeto de su actividad: el enfermo. Es evidente que pese a todos los lastres epistemológicos que arrastra esta medicina, los cimientos del arte médico están puestos.

en las que se producen dislocaciones. Bien, si se les disloca y no se le reduce, el fémur queda corto, toda la pierna mal, su crecimiento es defectuoso y muy carente de masa muscular al no poder usar la pierna en absoluto. A estos enfermos también les queda afectada la articulación de la rodilla, pues los nervios quedan contraídos por las razones antedichas; por esto es por lo que lo que los pacientes cuya cadera se disloca no pueden extender la rodilla.

En resumen, todas las partes del cuerpo que tienen una función, si se utilizan con mesura y se ejercitan en lo que cada una de ellas está acostumbrada, llegan a estar sanas, bien desarrolladas y envejecen bien; pero, en cambio, si no se ejercitan, sino que permanecen inmovilizadas, enferman, no crecen debidamente y envejecen pronto. En estos pacientes la articulación y los nervios sufren eso de manera acusada al no poder usarlas, pues, por los motivos dichos, este tipo de dislocación experimenta un perjuicio un poco mayor que los otros al resultar toda la pierna afectada de un crecimiento defectuoso tanto en la naturaleza ósea como en la muscular.

Cuando estos enfermos llegan a adultos tienen la pierna levantada y doblada, desplazan su peso sobre la otra y se apoyan en una o dos muletas.

59 Los que tienen la cabeza del fémur dislocada hacia delante —es poco frecuente— pueden estirar completamente la pierna pero apenas pueden doblarla por la ingle; si se les fuerza a doblarla por la rodilla, les duele; la longitud de la pierna en el talón parece adecuada, bastante incluso. El extremo del pie tiende a inclinarse un poco hacia delante pero toda la pierna mantiene su vertical natural sin desviación hacia ninguno de los dos lados; sienten enseguida fuertes dolores y la orina se les retiene un poco antes que en las otras dislocaciones por quedar la cabeza del fémur

muy próxima a tendones esenciales; la zona de las ingles aparece abultada y tensa y las nalgas con poco músculo y arrugadas; tales son los signos de este tipo de dislocación de fémur.

Los que son ya adultos, cuando esta articulación dislo- 60
cada no se les reduce, una vez que les cesan los dolores y la articulación se habitúa a estar torcida en el lugar de la dislocación, pueden andar derechos casi desde el principio sin muleta y sin gran complicación sobre la pierna enferma al no ser flexibles ni por la ingle ni por la rodilla. Por la no flexión inguinal llevan la pierna al andar más recta que cuando la tenían bien; a veces, arrastran el pie por el suelo al no tener facilidad de flexión en la articulación superior y al caminar con todo el pie, pues andan tanto con el talón como con la parte delantera. Y si pudieran avanzar mucho, andarían sobre los talones, pues los que están en perfectas condiciones cuando más avanzan tanto más apoyan el talón al poner el pie y levantar el otro. Quienes sufren esta dislocación apoyan el talón más incluso que la parte delantera del pie, pues esta parte, al hallarse extendido el resto de la pierna, no puede echarse hacia adelante como cuando la pierna está doblada; el pie, a su vez, no puede doblarse lo mismo con la pierna doblada o extendida.

Queda dicho cómo es una naturaleza sana y también cómo andan y por qué quienes tienen una articulación dislocada y no reducida. La pierna tiene menos músculo que la otra por la nalga y la pantorrilla en toda su parte posterior. A quienes les ocurre esta dislocación y no se les reduce cuando son muy pequeños todavía o bien nacen así, el fémur es más débil que los huesos de la pierna y del pie, pero, en cambio, se reduce muy poco en este tipo de dislocación; las carnes, en cambio, sí se reducen, sobre to-

do —como se ha dicho— en las pantorrillas. Si estos enfermos reciben los cuidados adecuados, pueden, cuando crezcan, utilizar la pierna aunque les quede un poco más corta que la otra y tengan que apoyarse en una muleta del lado enfermo, pues apenas pueden usar la parte delantera del pie sin el talón y lo apoyan como lo hacen algunos en otro tipo de cojeras. El motivo se ha dicho un poco antes y por ello requieren una muleta. A quienes no reciben atención y no ejercitan la pierna andando sino que la llevan levantada, los huesos, durante el crecimiento, les quedan más debilitados que a quienes la ejercitan y mucho más aún las carnes. En cuanto a las articulaciones, este tipo de dislocación genera mayor rigidez de pierna que otros tipos.

61 Para resumir, las articulaciones dislocadas en mayor o menor grado [67] son muy diferentes entre ellas, a veces mucho y a veces menos, y, si la dislocación es seria, generalmente son bastante difíciles de reducir y, si no se hace, las lesiones y perjuicios en huesos, músculos y formas externas son mayores y más pronunciadas. En cambio, si la dislocación es menor, es más fácil de reducir que las otras y, si no se supiese reducir o se descuidase hacerlo, las lesiones llegan a ser menos nocivas que en los casos que se han comentado hace poco. Las articulaciones, en general, difieren mucho en que la dislocación sea mayor o menor. Las cabezas del fémur y del húmero se dislocan de forma muy semejante, puesto que ambas son redondeadas, lisas,

[67] Nuestra traducción responde a dos participios del verbo *ekpíptō* y *olisthánō* que habitualmente no presentan excesiva diferencia de matiz (cf. nota 16), pero que aquí el autor distingue claramente: *ekpípto,* en este pasaje, indica una dislocación más grave y pronunciada, y *olistháno,* una dislocación más leve y menos severa.

sencillas y sus cavidades receptoras son cóncavas también y se les adaptan; por esto no se da en estos huesos la dislocación media pues se salen en sus extremos, hacia dentro o hacia fuera; pues bien, se dislocan del todo aunque, en otro sentido, no se dislocan en absoluto; sin embargo, a veces se salen de su posición natural más y a veces menos. El fémur sufre esto más que el húmero.

Si alguna dislocación congénita es pequeña se la puede 62
llevar a su lugar natural, sobre todo la articulación del pie. Los que al nacer tienen el pie zambo son casos curables en su mayoría si la desviación no es muy grande o si el crecimiento no ha avanzado mucho; lo mejor es curar estos casos enseguida, antes de que los huesos del pie estén muy deformados y los músculos de las pantorrillas muy defectuosos. No existe una sola modalidad de cilosis sino varias; la mayoría no son por una dislocación total sino por un hábito de la forma del pie, torcido en contracción. Se requiere atender al tratamiento de la siguiente manera: hay que tirar y enderezar el hueso de la pierna por el tobillo desde fuera hacia dentro y tirar en sentido inverso, hacia afuera del hueso del tobillo, alineándolo en su dirección natural con el fin de que los huesos que sobresalen en mitad del pie y de lado se junten entre ellos. Los dedos, colocados todos juntos, con el dedo grande inclinado hacia dentro, hay que forzarlos así: hacer un vendaje muy rígido a base de cera con abundante resina, compresas y vendas numerosas pero no muy apretado; rodear con vendas —como estaba el pie en su posición correcta— para que quede un poco más inclinado hacia afuera. Hay que hacer una plantilla de cuero no muy duro o de plomo y ponerla no directamente en la piel, sino cuando vayan a atarse las últimas vendas; una vez hecho el vendaje hace falta coser, por la parte inferior del pie, el extremo de una

de las vendas usadas en línea con el dedo meñique. Luego, dándole la tensión que parezca adecuada, hay que darle vueltas extendiéndolo desde la parte superior de la pantorrilla para que quede firme. En términos sencillos: hay que llevar a su posición natural las partes desviadas y contraídas de forma antinatural como cuando se moldea la cera y hay que hacerlo con las manos y el vendaje sin violencia, con tacto; adaptar las vendas para que se pueda efectuar la suspensión adecuada, pues cada cojera requiere una suspensión específica [68], se podría hacer una bota de plomo abrochada por fuera del vendaje, del estilo de las botas de Quíos; pero nada de esto se necesita si se práctica una buena rectificación manual, se venda correctamente y se ejecuta bien la suspensión. Tal es el tratamiento y no hay necesidad de abrir al paciente ni cauterizarle ni otro tipo de complicación, pues este sistema surte un efecto más rápido de lo que pueda pensarse; para que el tratamiento tenga éxito se necesita tiempo. Yendo al tema del calzado, las botas denominadas «calzado para el barro» son las más apropiadas, pues son un tipo de zapatos que se adapta muy poco al pie, más bien, el pie se adapta a él. También es adecuado el calzado cretense.

63 A los enfermos que se les desarticulan los huesos de la pierna y les hacen úlceras, los huesos se les separan y

[68] La enfermedad como noción abstracta nunca interesó a estos médicos. Su objeto de estudio e interés es un cuerpo enfermo y un paciente concreto e individual. La observación individual de una naturaleza enferma conlleva una individualización de tratamiento porque el enfermo es un mundo en sí y hay que resolver su dolencia en relación a sí mismo, no a otros enfermos ni a otras maneras de enfermar. El comienzo del capítulo 10 de este mismo tratado es revelador en este aspecto. El médico hipocrático aplicaba la experiencia que iba adquiriendo pero nunca llegó a elaborar una tipología morbosa.

les salen fuera por toda la articulación del pie. Estas articulaciones no hay que reducirlas hacia dentro o hacia afuera, sino dejar que lo haga algún médico voluntario [69]; hay que saber que el enfermo al que se le mantiene sometido a reducción muere o vive pocos días; pocos sobreviven los siete días; mueren de espasmos al alcanzarles la gangrena la pierna y el pie. Hay que saber categóricamente que va a ocurrir así, es más, creo que ni aun dando eléboro u otra planta semejante el día del accidente, e incluso repitiendo la dosis se podría ayudarles. Yo, desde luego, no lo creo en absoluto.

En cambio, si no se les redujese ni se intentase hacerlo desde el principio, sobrevivirían la mayoría. Hay que ajustar la pierna y el pie como quiera el paciente y, lo único, que la pierna no esté colgando ni moviéndose. Hay que hacer un tratamiento con un emplasto de pez y pocas compresas mojadas en vino, no muy frías, pues lo frío convoca a los espasmos en estos enfermos.

Hay que hacer un tratamiento con hojas de acelgas, fárfara u otra planta de este tipo a medio cocer, mezcladas con vino tinto astringente, aplicándolas sobre la herida y zonas adyacentes y vertiendo cera templada sobre la herida misma. Si es invierno, humedecer en superficie una lana basta vertiéndole por encima vino y aceite tibio, pero no hacer vendaje alguno ni aplicar ningún emplasto teniendo muy presente que cualquier presión o peso son nocivos para estos enfermos.

Cualquiera de los enemas, si es útil, es adecuado a estas heridas. Dejar puesto mucho tiempo sobre ellas la lana ligeramente mojada en vino; los enemas que contienen re-

---

[69] Regocijo profesional e irónico ante el fracaso manifiesto de un médico que por su ignorancia se atreverá a intervenir en el caso.

sina y se mantienen pocos días no son igualmente aptos; la limpieza de las heridas es un proceso largo, pues la inconsistencia de las carnes dura mucho tiempo.

A ciertos pacientes les es útil el vendaje, pero hay que saber claramente que a estos enfermos les queda una cojera deformante, pues el pie se les sale hacia arriba y los huesos por su dislocación aparecen marcadamente salidos; estos huesos generalmente no se les descarnan, ligeramente si acaso; tampoco se les separan, sino que se les cubren con unas cicatrices precarias y débiles y esto estando en reposo; si no, hay peligro de que se les quede una llaga incurable; sin embargo, sobre nuestro tema, si reciben ese tratamiento, se salvan, pero si se reduce la articulación y se la mantiene en su sitio, mueren.

64 Lo mismo ocurre si los huesos del brazo hieren la muñeca y se salen hacia dentro o hacia afuera; hay que saber claramente que mueren en pocos días con un final como el que se ha dicho antes al someterlos a reducción. Cuando no se reduce ni se intenta hacerlo sobreviven muchos más pacientes. El tratamiento apropiado es el que se ha dicho; por fuerza la mano queda deformada y los dedos débiles e inútiles; si los huesos tienen dislocación interior no pueden doblar los dedos y si la tienen exterior no pueden extenderlos.

65 A los pacientes que se les sale el hueso de la pierna hiriéndoles en la rodilla hacia dentro o hacia afuera, si se les reduce, la muerte es mucho más rápida que en los otros casos, aunque también en ésos lo sea. Un tratamiento de no reducción es la única esperanza de que se salven; las dislocaciones son más peligrosas cuanto más arriba estén, cuanto más fuertes sean y más fuerte sea el lugar del que se ha dislocado. Si el fémur se disloca hiriendo la rodilla y se le somete a reducción, provocará una muerte más

rápida y violenta que la que ya se ha comentado; si no se le reduce es mucho más peligroso que los anteriores, pero, sin embargo, es la única esperanza de salvación.

Lo mismo sobre la articulación del codo tanto si afecta 66
a los huesos del brazo como al húmero; toda dislocación que provoca heridas y sobresale, si se reduce, conlleva la muerte y, si no se reduce, esperanza de salvación; la cojera, no obstante, es segura para quienes sobreviven; cuanto más arriba están las articulaciones reducidas mayor mortalidad producen, aunque también hay riesgo si no se hace; si alguien tiene dislocada la articulación más alta y el hueso sale al exterior provocando una herida, reducida, conlleva muerte rápida y, no reducida, un altísimo riesgo. Ya queda dicho el tratamiento que me parece más adecuado en estos casos.

A cuantos se les disloca la articulación de los dedos 67
del pie o la mano y el hueso sale fuera hiriéndoles, pero no está fracturado sino retorcido en su lugar natural, si se les somete a reducción y no se les trata adecuadamente, tienen un cierto riesgo de espasmo. No obstante, sí merece la pena reducir advirtiendo que se requiere una gran precaución y cuidado; lo más fácil, eficaz y técnico es reducir con una pequeña palanca como se ha dicho en relación con los huesos salidos y fracturados; luego el enfermo tiene que estar lo más quieto posible, permanecer echado y comer poco. Es mejor purgarle por arriba con un purgante flojo, curar la herida con un enema ligeramente húmedo, camomila [70] o algún remedio para la fractura de huesos de cabeza, pero no hay que aplicar bajo ningún concepto

---

[70] Esta planta es denominada escuetamente como *polyóphtalmos,* «que tiene muchos ojos o gránulos» y es conocida también como *boúphthalmon,* «ojos de buey».

nada frío. En las articulaciones bajas se corre muy poco riesgo pero en las superiores bastante más; hay que reducir el día del accidente o al siguiente; al tercero o cuarto es muy desaconsejable pues sobre todo en el cuarto día es cuando aparecen las recaídas. A quienes no se les ha reducido inmediatamente hay que dejar pasar esos cuatro días a los que se ha aludido, pues, si se reduce dentro de los diez primeros, los espasmos pueden apoderarse del enfermo; si a un enfermo reducido le sobrevienen espasmos, hay que dislocarle la articulación inmediatamente, practicarle muchas afusiones calientes y mantener caliente todo el cuerpo, cómodo, relajado y, sobre todo, las articulaciones. En general, el cuerpo debe estar más doblado que extendido; no obstante, hay que admitir que la articulación reducida se separará por los dedos, pues así ocurre en la mayoría de los casos, si hay un poco de inflamación. Si el médico no quiere ser víctima de las censuras provocadas por la ignorancia de los profanos, no debe reducir en absoluto [71]. Así pues, los huesos de las articulaciones que salen hacia el exterior tienen los riesgos que se ha dicho.

68 Los casos de articulaciones en que se cortan los huesos completamente son, en su mayoría, inocuos, excepto cuando el paciente se lastima acompañándolo en ese momento de la lesión un desmayo; un tratamiento sencillo de las heridas será suficiente; todas las amputaciones que no son en la articulación sino en cualquier otra línea de los huesos no son tampoco nocivas, son aún más fáciles de curar que

---

[71] La cirugía hipocrática se orientó siempre hacia la ortopedia y la restauración. La amputación de miembros o partes de ellos suscita prevención, cautela y reparo siempre, optándose por el desprendimiento natural. La resección, lo mismo que la disección, no son practicadas hasta épocas tardías de la medicina antigua cf. nota 5 y cap. 69.

las otras; los huesos fracturados de los dedos que no salen fuera de la propia articulación se reducen sin complicaciones; las amputaciones totales de huesos en la articulación del pie, mano, pierna, tobillo, codo y muñeca respectivamente, no comportan generalmente riesgo excepto cuando se produce un desmayo instantáneo o sobreviene fiebre continua al cuarto día.

En el esfácelo seco de carnes bien sea en heridas san- 69
grantes o en compresión severa o por una presión mayor de lo debido del hueso fracturado o por la tensión fuerte de un vendaje, la zona que queda separada se desgaja en muchos casos y sobreviven la mayoría incluso aunque se vaya algo del muslo con huesos y carne; también ocurre así en los casos del brazo pero menos; sobreviven aún mejor a una amputación de codo o pierna. A quienes con un hueso fracturado se les produce una compresión inmediata y se les ennegrece la zona, en seguida les aparecen ahí unas líneas de desprendimiento y la parte que se les iba a desprender lo hace enseguida aunque se haya eliminado previamente la presión de los huesos. A quienes tienen los huesos sanos y les aparecen manchas negras, las carnes les mueren rápidamente y los huesos se les desprenden poco a poco entre la línea que delimita lo negro y la descarnadura del hueso.

La zona que limita con la parte ennegrecida y está debajo de ella, cuando ya esté completamente inerte y sin dolor, hay que retirarla de la articulación procurando no hacer una herida, pues, si al amputar duele y la zona de amputación no está suficientemente muerta, hay un grave peligro de desmayarse por el dolor y estos desmayos han causado la muerte instantánea a muchos. Yo he visto desprenderse en ocho días un fémur así descarnado; la pierna de este paciente se le separó por la rodilla a los veinte días

y yo creía que incluso podía haber sido antes [72], pues tomé la decisión de no actuar en el momento sino más bien precautoriamente; los huesos de una pierna con una zona ennegrecida, los que justamente están en su mitad, se desprenden a los sesenta días, la duración exacta de su descarnadura. La diferencia entre un tratamiento y otro estribaría en la lentitud y rapidez para desprenderse los huesos descarnados.

En la presión mayor o menor estaría también la diferencia de rapidez o lentitud en morir nervios, carnes, arterias y venas de la zona ennegrecida. Una zona que muere sin haber sido separada completamente, a veces no llega a la descarnadura de los huesos sino que se va la parte superficial. Otras tampoco se llega a la descarnadura de los nervios, sino que se va también la superficie.

Por los motivos que acabo de exponer, no puede cifrarse en un solo número el tiempo en el que estos procesos hacen crisis. Hay que aceptar el tratamiento siguiente: estos casos da más miedo verlos que curarlos; basta un tratamiento suave, pues ellos, por sí mismos, hacen crisis. Hay que ocuparse de la dieta para que, en la medida de sus fuerzas, esté sin fiebre y el cuerpo se mantenga en posición correcta, esto es, ni levantado ni inclinado hacia abajo, más bien hacia arriba hasta que las líneas de desprendimiento se marquen completamente. En este período hay peligro de hemorragia; por ello no hay que mantener la herida inclinada, sino vuelta; cuando pasa más tiempo y la herida se limpia, ya no es conveniente mantenerla en

[72] Seguimos la interpretación de Littré por ser la que encaja mas razonablemente en la teoría médica del texto, aunque el sentido de *eggytérō* aquí es dudoso. La traducción de Withington como «más arriba» nos parece forzada.

la misma posición, sino recta y, a veces, hacia abajo, pues en algunos casos se forman abscesos purulentos y requieren un pequeño vendaje. Hay que admitir que estos enfermos, con el tiempo, pueden sufrir por disentería, que se da en muchos casos de los afectados de zonas ennegrecidas y de heridas sangrantes; por lo general, ocurre cuando ambos procesos han hecho crisis y fluye la sangre fuerte y abundante, pues ni dura muchos días ni es mortal al no perder el apetito estos enfermos ni ser útil tampoco el estar a dieta.

La dislocación del fémur por la cadera, si es interior, 70
hay que reducirla de la siguiente manera: este sistema es bueno, correcto, natural y contiene una cierta controversia, al menos para los que les gusta manejar con destreza estos temas. Hay que colgar los pies del paciente de una viga transversal con una correa fuerte, suave y ancha; separar los pies entre sí unos cuatro dedos o un poco menos. Hay que atar por las rótulas con una correa suave y ancha tendida hacia la viga; la pierna herida hay que extenderla unos dos dedos más que la otra; la cabeza debe distar del suelo unos dos codos más o menos; los brazos tendidos junto a los costados y sujetos con algo suave. Todo esto hay que ejecutarlo con el paciente echado boca arriba y la suspensión que sea lo más breve posible; durante ella hace falta que alguien experto y fuerte, metiendo entre los muslos el codo, lo ponga entre el perineo y la cabeza del hueso dislocado; juntando ambas manos y colocándose derecho al lado del cuerpo del paciente, que se le cuelgue de repente y le mantenga suspendido y en el máximo equilibrio. Esta reducción ofrece cuanto requiere una reducción natural, pues el propio cuerpo favorece la extensión al estar suspendido por su propio peso y quien practica la extensión, al tiempo que la ejecuta, obliga a levantarse

a la cabeza del fémur por encima de la cavidad y además con el hueso del codo hace palanca y le obliga a desplazarse a su primitivo lugar natural. Hay que tener dispuestas perfectamente las correas y considerar que la persona que va a levantar al paciente sea lo más fornida posible.

71 Pues bien, como se ha dicho antes, respecto a la facilidad o dificultad de reducción de las articulaciones hay una gran diferencia entre las naturalezas humanas; la causa de esta gran diferencia se ha explicado antes en las articulaciones del hombro; el fémur a algunos, se les reduce sin ningún preparativo quirúrgico, sólo con la extensión que se pueda ejecutar manualmente con unas breves sacudidas; a muchos se les redujo al doblar la pierna por la articulación, habiendo hecho ya el juego; pero la mayor parte de los casos no responden a los preparativos quirúrgicos, por ello, en toda técnica hay que conocer los métodos más eficaces en cada caso y usarlos cuando parezca. Ya se ha dicho en los temas anteriores las maneras de extensión, de forma que cualquiera las utilice cuando se requiera.

Hay que hacer una fuerte tensión en sentidos contrarios por el lado de la pierna y por el del cuerpo, pues, si se hace bien, la cabeza del fémur queda levantada sobre su primitivo lugar y cuando está así ni siquiera es fácil impedir que se mantenga en su propio sitio, de forma que cualquier tipo de palanca y rectificación bastan; pero se descuidan en la extensión y, por ello, la reducción da muchos más problemas. Hay que ajustar el vendaje no sólo en el pie sino por encima de la rodilla para evitar que se afloje más por la articulación de la rodilla que por la de la cadera.

Esa es la manera de preparar la extensión hacia el pie; no obstante, también hay que hacer extensión por el otro lado, no sólo rodeando el pecho y las axilas, sino también

tirando con una cinta grande, doble, fuerte y flexible, extendida desde el perineo contra la parte posterior de la columna y la delantera de la clavícula, ajustada al extremo de la otra que tira en sentido contrario. Una vez colocado así, hacer fuerza, a unos hacia un lado, a otros hacia otro, de forma que la correa que va por el perineo no quede extendida sobre la cabeza del hueso, sino entre ésta y aquél. En la extensión, apoyando el puño contra la cabeza del fémur, empujarlo hacia afuera. Si en la operación el paciente se levanta, metiendo una mano, agarrando con la otra, hacer simultáneamente tensión y presión hacia afuera y que otra persona le haga suavemente una rectificación del fémur hacia dentro, en el extremo de la rodilla.

Ya se ha dicho antes que quien ejerce la medicina en 72
una ciudad populosa merece tener una tabla rectangular de madera de unos seis codos de largo o un poco más, de uno o dos codos de anchura y con un palmo de grosor es suficiente [73]. Longitudinalmente, ha de tener en ambos lados una muesca con el fin de que el mecanismo no quede

[73] Se describe aquí el famoso banco de Hipócrates, el aparato de cirugía más conocido de toda la medicina griega. El término griego *ármenon*, «aparato de cirugía», es de sentido limitado; expresa la noción de ajustar, encajar y ensamblar que es la función que cumplen tanto este banco como los otros aparatos que hay en el tratado: la maza, cap. 5; la escalera, cap. 6; la tabla tallada, cap. 7; y la tabla o pared incisa, cap. 47. Exceptuando este banco, lo que hemos denominado aparatos de cirugía no eran objetos específicamente construidos con una finalidad médica, sino armazones de madera derivados del uso doméstico y de la vida cotidiana. Dentro de lo rudimentario de todos estos aparatos, el banco es el más complejo y evolucionado, con un mecanismo, *mēchánesis*, que permite realizar movimientos simultáneos. El banco, incluso por sus dimensiones, 2,70 m. de largo y 0,90 de ancho, debía tener una instalación fija en un *iatreîon* o consultorio médico y partenecería a médicos de una cierta altura y de un número elevado de pacientes.

más alto de lo debido; que tenga unos largueros cortos, fuertes, sólidamente ajustados y con un cabrestante en ambos lados; en mitad de la tabla —no hay ningún impedimento en que sea en toda su longitud— hay que abrir unas hendiduras grandes, dejando entre ellas una distancia de unos cuatro dedos; tres dedos de anchura y tres de profundidad son suficientes. En mitad de la tabla ha de haber un hueco cuadrado más profundo, de unos tres dedos y en él hay que meter, cuando parezca necesario, una pieza de madera fija, ajustada y redondeada en su extremo. Cuando parezca útil, meterle este punto entre el perineo y la cabeza del fémur, pues, así colocado, impide que el cuerpo ceda a la presión de los que tiran de los pies. Unas veces la propia pieza de madera hace las veces de la contraextensión superior y otras, si la pierna está extendida de ambos lados, esta pieza tendría juego en uno y otro sentido y podría servir a la cabeza del fémur de palanca hacia el exterior; por esto es por lo que se abren las hendiduras para que en aquella que haga falta se ajuste y meta una palanca de madera, bien completamente apoyada en las cabezas de las articulaciones o bajo ellas, a la vez que se hace extensión, si conviene hacer palanca hacia fuera, o hacia dentro y que la palanca sea redondeada o plana, pues cada tipo se adapta a una articulación. Este sistema de la palanca practicado simultáneamente con la extensión es muy útil para todas las reducciones de las articulaciones de piernas. Sobre nuestro tema, conviene que la palanca sea redondeada, aunque, sin embargo, a una articulación dislocada hacia afuera se le adapta una palanca plana; mediante este tipo de mecanismos creo que ninguna articulación se resistiría a la reducción.

73 Alguien podría hallar otros sistemas de reducción de esta articulación si esta tabla tuviese en medio y a cada

lado un larguero como de un pie de largo, la altura que pareciese conveniente y en los largueros hubiese un travesaño de madera como una escalera; luego hacer pasar la pierna sana entre los largueros y la enferma sobre el travesaño ajustada completamente a su altura y al punto de dislocación de la articulación y es fácil de ajustar; para hacerlo hay que poner el travesaño un poco más alto de lo debido y tender bajo el cuerpo un lienzo muy doblado; luego se necesita poner bajo la pierna una pieza de madera de suficiente anchura y que llegue hasta el tobillo subiendo y rebasando al máximo la cabeza del fémur. A continuación, con la pierna extendida mediante la maza u otro cualquiera de los sistemas de extensión, hay que obligarla a ir sobre el travesaño y a la vez hacia abajo con el aparato de madera que se le ha aplicado; que alguien sujete al paciente por encima de la articulación, en la cadera; de esta forma la extensión haría levantarse a la cabeza del fémur por encima del cótilo y la palanca la retiraría hasta su antiguo lugar natural; cualquiera de estos sistemas de fuerza que se han explicado son eficaces y capaces de vencer un accidente si se preparan bien y con profesionalidad. Como ya se ha dicho también, la mayoría de los enfermos sufren reducciones muy flojas y con preparativos bastante deficientes.

Si la cabeza del fémur se desplaza hacia fuera, hay 74
que practicar la extensión por uno y otro lado, según se ha explicado o de la sigueinte forma: con una palanca plana y ancha, a la vez que se hace extensión, actuar de fuera hacia dentro, con la palanca colocada sobre la propia nalga o un poco más arriba; para que el cuerpo no ceda, que alguien sostenga con sus manos el glúteo de la pierna sana o bien lo sostenga por debajo y lo levante con otro tipo de mecanismo y que retenga la articulación haciendo

hueco; llevar sin violencia el fémur desarticulado desde dentro hacia fuera por la rodilla. La suspensión no se adapta a este tipo de dislocación, pues el antebrazo del que cuelga retiraría la cabeza del fémur del cótilo. No obstante, se podría combinar el mecanismo de hacer palanca con el aparato de madera de abajo, de forma que también sirviese a ese tipo de dislocación por adaptación exterior. ¿Qué más hay que decir? Si la extensión y la palanca se ejecutan correctamente, ¿qué articulación dislocada no podría ser reducida?

75 Si el fémur se disloca hacia atrás hay que practicar la extensión y la contraextensión exactamente como se ha dicho; poniendo sobre la madera un lienzo muy doblado para que esté mullido, tendiendo al paciente boca arriba, practicarle así la extensión; a la vez que se hace esto hay que forzarle con una tabla, de la misma manera que a las curvaturas de espalda, colocada en línea recta con las nalgas, poniéndola más hacia abajo de las caderas que hacia arriba. La muesca en la pared, que no esté recta a la tabla sino un poco inclinada hacia los pies. Esta reducción es la mejor para este tipo de dislocaciones y, además, la más eficaz. Quizá, también, sería suficiente que, en lugar de la tabla, alguien se sentara haciendo presión con las manos o con los pies y en el momento de la extensión se levantara de repente. Ningún otro sistema de reducción de los que se ha hablado antes es de naturaleza válida para este tipo de dislocación.

76 Si el fémur se disloca hacia delante, hay que efectuar el mismo sistema de extensión. Hace falta una persona de máxima fortaleza en las manos y lo más adiestrada posible que apriete la palma de una mano en la ingle y que sujete ésta con la otra a la vez que empuja la dislocación hacia abajo y, por la rodilla, hacia delante; este sistema de re-

ducción es, para estas dislocaciones, el más natural, aunque también la suspensión está próxima a lo natural en cierto sentido, pero hace falta que el enfermo sea experimentado para evitar hacer palanca con el codo en la articulación y efectuar, en cambio, la suspensión en mitad del perineo y en el hueso sacro.

Goza de prestigio el reducir esta articulación mediante 77
una bolsa [74]. Yo ya he conocido a algunos que por su inconsistencia profesional intentaron reducir así las dislocaciones hacia afuera y hacia atrás, sin saber que este sistema las disloca más que las coloca. Su primer inventor es evidente que intentó reducir las dislocaciones internas; hay que saber, si hay que usar la bolsa, cómo hacerlo y tener presente que hay otros muchos sistemas más eficaces que éste. Hay que aplicar la bolsa a muslos sin inflamar y acercarla al perineo lo más posible. Hay que atar ambos muslos juntos con una tira desde las rótulas hasta su mitad; luego, poniendo en uno de los pies libres un tubo de bronce, meter en él aire hasta la bolsa; el paciente debe echarse de lado y la pierna enferma debe quedar arriba; la mayoría lo preparan peor de lo que yo acabo de decir, pues no unen los muslos lo suficente sino únicamente las rodillas; tampoco practican la extensión aunque es preciso también hacerlo. Ya ha ocurrido que algunos han reducido así un caso fácil; pero en absoluto es fácil forzar un hueso por este sistema, pues la zona más hinchada de la bolsa no está en la cabeza de la articulación, que es lo que más hay que levantar, sino en su propia mitad, quizá a medio muslo o más abajo aún; los muslos, por su parte, tienen forma curva, pues, por arriba, son carnosos y compactos

[74] Lo mismo que en el caso de la espina dorsal, cap. 47, debe tratarse de un odre de vino.

y, por abajo, más delgados, de forma que su propia naturaleza fuerza al saco a desplazarse del lugar exactamente oportuno; si se pone una bolsa pequeña, la fuerza será reducida e incapaz de forzar la articulación. Si hay que utilizar este sistema de la bolsa, hay que juntar ambos muslos atándolos al máximo e hinchar la bolsa al mismo tiempo que se extiende el cuerpo. Hay que mantener ambas piernas atadas hasta el final en este sistema de reducción.

78 En todo el arte médico la consideración primordial es sanar al enfermo; si fuese posible hacerlo por varios medios, hay que elegir el que cause menos problemas. Es lo más honrado y profesional para quien no desea la falsa moneda popular [75]. Respecto a nuestro asunto: tales serían los sistemas caseros de extensión del cuerpo, de manera que hay que encontrar el más viable a las circunstancias en que uno se halle. Si no se dispone de un vendaje de tiras de cuero suaves y cómodas sino de cadenas de hierro, cables marinos o juncos, hay que atar con esto poniendo tiras o mechones de lana en los puntos de mayor presión, e incluso más hebras y, así, hacer el vendaje.

Hay que practicar al paciente una buena extensión sobre una cama lo más grande y segura posible; sujetar firmemente a un umbral las patas de la cama, las de la cabeza o las de los pies, según convenga, por dentro o por fuera; hay que encajar entre los otros dos pies, de uno a otro, transversalmente, una tabla cuadrangular; si es delgada, hay que atarla a los pies de la cama y si es gruesa no hace falta; luego hay que unir los extremos de estas

---

[75] Resumen perfecto del código deontológico: el falseamiento profesional en aras de una publicidad y una fama injusta es rechazado categóricamente. La expresión castellana «falsa moneda» es muy adecuada pero atenúa el sentido fuertemente negativo que tiene en griego *kibdelíē:* moneda corrupta en su aleación.

sujeciones, los de la cabeza y los de los pies, a un punto fijo o a algo semejante. Hay que atar en línea recta con el cuerpo o un poco más arriba, pero ajustando bien al palo para que, puestas en línea recta, la una sujete fuertemente en el umbral y la otra en la madera que se ha ajustado; después hay que efectuar la extensión haciendo retroceder los puntos de sujeción.

Una escalera de travesaños firmes colocada bajo la cama valdría en lugar del umbral y la madera transversal, de forma que los postes, apoyados contra los travesaños ajustados por ambos lados, se vuelvan hacia atrás y hagan la extensión de las sujeciones. Si la articulación del fémur sufre dislocación interior y anterior, puede reducirse también de la siguiente forma: fijar en el suelo una escalera y sentar al paciente en ella; atar la pierna sana a donde se adapte y extenderla con suavidad; colgar de la pierna enferma un recipiente lleno de agua o un cesto con piedras. Otro sistema de reducción si la dislocación es interior: entre dos puntos de sujeción a una altura moderada hay que fijar una barra, uno de cuyos extremos debe sobresalir, por un lado, una nalga [76] de largo; rodear el pecho del paciente con una correa y sentarla sobre esa parte que sobresale; luego, con una tira ancha de tela, unir el pecho al punto de sujeción; que alguien sujete la pierna sana para evitar que se deslice; hay que colgar de la pierna enferma un peso que sea adecuado, según se ha comentado ya.

Hay que saber que el encaje de todos los huesos es, generalmente, la cabeza y el cótilo; de ahí que su espacio 79

[76] Creemos que con esta pintoresca medida del autor se refiere simplemente a que la parte sobresaliente de la barra ha de tener la superficie necesaria para que el paciente pueda sentarse.

sea cóncavo y alargado aunque algunos de ellos lo sean poco; toda articulación dislocada hay que reducirla inmediatamente, cuando aún están calientes; si no, lo más pronto posible; pues la reducción practicada antes de que la articulación se inflame es más fácil y rápida para el operador y mucho menos penosa para el paciente.

Siempre que vaya a reducirse cualquier articulación hay que flexibilizarla previamente y moverla, pues es más fácil colocarla así. En todas las reducciones de las articulaciones es necesario que el paciente haga dieta, especialmente en las articulaciones grandes y difíciles de reducir; en las articulaciones muy pequeñas y fáciles, muy poca dieta.

80 Si se disloca alguna artículación de los dedos de la mano, el primero, segundo o tercero, el sistema de colocación es exactamente el mismo, aunque las articulaciones mayores son siempre más difíciles de reducir. La dislocación es de cuatro formas: hacia arriba, hacia abajo y de ambos lados, muy frecuentemente hacia arriba y raramente hacia los lados al ejecutar un movimiento brusco. En cada lado dislocado hay una especie de reborde; si se disloca hacia arriba o hacia abajo, al estar esa zona más blanda que cuando es de lado, amén de ser menor el obstáculo, es más fácil de reducir si la articulación está desplazada.

He aquí el sistema de reducir: rodear el extremo del dedo con una venda o algo semejante, de forma que, al cogerlo para hacer extensión, no se escape la punta. Una vez hecho esto, que una persona sujete el carpo de la mano por arriba y otra la parte vendada; a continuación que los dos individuos hagan una fuerte extensión en cada uno de los sentidos a la vez que se empuja al hueso salido hacia su lugar natural; si la dislocación es hacia un lado, la extensión es igual; cuando parezca haberse rebasado la línea articulatoria hay que extender y empujar el hueso derecho

a su lugar; es preciso también que otra persona, por el otro lado de los dedos, esté atenta a que no se salga por ahí de nuevo. Los «lagartos» [77] hechos de palmera trenzada reducen bien si se hace extensión al dedo por ambos lados, cogiendo el lagarto por un lado y la muñeca por otro. Una vez que se ha reducido hay que vendar enseguida con un vendaje ligero y encerado ni excesivamente blanco ni duro, en un punto medio, pues, si queda duro, se separa del dedo y si queda blando y fresco, se derrite y se va con el calor del dedo. Al tercero o cuarto día hay que quitar el vendaje de la articulación; en general, si hay inflamación, hay que retirarlo más a menudo y, si no, menos, y esto lo digo referido a todas las articulaciones; la articulación del dedo se fija a los cuarenta días. El tratamiento es el mismo en la articulación de los dedos de la mano y del pie.

En la reducción de todas las articulaciones hay que 81
retener la alimentación al paciente y mantenerle a dieta severa hasta el séptimo día; si hay inflamación, cambiar más el vendaje y, si no, menos; es preciso que la articulación afectada esté en reposo y que se mantenga en la mejor postura posible.

La rodilla es menos complicada que el codo por su 82
ligereza y buena constitución, de ahí que se disloque y se reduzca con facilidad; la dislocación interna es frecuente

[77] Siguiendo la precisa información de Withington, los lagartos, fueron un juguete muy conocido que consistía en unos tubos huecos de material trenzado que al cogerlos o tirar de ellos se contraían. Sirva este ejemplo como muestra de la limitación de medios en que la medicina griega se desenvolvía. Es una medicina doméstica, artesanal, sin instrumental específico en la mayoría de los casos, construida entre el intrusismo profesional y el vulgo ignorante; el médico hipocrático fue un científico que no pudo hacer ciencia.

aunque también la externa y posterior. Reducciones: por flexión, por una violenta extensión delantera o colocándole en la corva un vendaje abultado desplazando sobre él el peso del cuerpo mediante una posición repentina en cuclillas; también se pueden reducir las dislocaciones hacia atrás por una extensión adecuada, como en el codo; las dislocaciones de ambos lados se reducen por flexión, estiramiento o mediante una adecuada extensión. La rectificación es común a todos los casos; si no hay reducción, no pueden doblar la pierna en los casos de dislocación posterior y casi tampoco en los demás; hay una disminución del fémur y de la pierna por la parte delantera; si la dislocación es interior, los pies se les tuercen hacia afuera bastante y la zona externa se les reduce; si la dislocación es exterior, el torcimiento es mayor pero la cojera menor, pues el cuerpo se mantiene sobre un hueso bastante sólido aunque la parte interior disminuye. En los casos congénitos o durante el período de crecimiento hay que actuar según lo dicho antes.

83 Las dislocaciones de tobillo requieren una fuerte extensión manual o con otro sistema semejante, además de una rectificación simultánea. Esto es común a todos.

84 Las dislocaciones de los pies, como las de las manos.

85 A los huesos del pie relacionados con la pierna, cuando están dislocados de nacimiento o se desarticulan durante el período de crecimiento, hay que aplicarles el tratamiento de los de la mano.

86 A cuantos al saltar desde una altura se les clavan los huesos en el talón separándose, produciéndose equimosis venosa y contusión de ligamentos, cuando ocurren estos graves accidentes, hay riesgo de esfácelo y de muerte; los huesos se salen y los ligamentos están interrelacionados. Sobre todo a quienes sufren fracturas por una lesión, bien

en la pierna o en el muslo, o por distersión de los ligamentos entre sí o por despreocupación de la postura adoptada en la cama, el talón se les ennegrece y, por estos motivos, el problema se recrudece. A veces después del esfácelo se producen fiebres agudas malignas que afectan a la razón, conducen a una muerte rápida y surge un color lívido por la hemorragia de las venas. Señales de exacerbación: enquimosis, ennegrecimiento, un endurecimiento ligero y enrojecimiento en la zona adyacente; si las marcas lívidas van acompañadas de endurecimiento, hay peligro de que se ponga negro; si está ligeramente lívido o incluso mucho y con equimosis, o, si está verdoso y blando, es signo favorable en estos casos; tratamiento: si no hay fiebre, eléboro y, en caso contrario, no administrarlo; pero si se requiere beber, oximiel; vendaje de las articulaciones: en los casos de contusión, sobre todo, aplicar muchas vendas suaves con presión moderada; vendar además el talón. Forma de vendaje: que no oprima el talón; no usar férulas.

A quienes se les disloca el pie sólo o con la epífisis, 87
es dislocación interior casi siempre; si no se les reduce, con el tiempo, el hueso de la cadera, el fémur y la zona contraria a la dislocación les queda más pequeña; otro sistema de reducción: como en la muñeca pero con una extensión fuerte. Tratamiento: la norma de las articulaciones. Se exacerba, pero menos que los casos de muñeca si el paciente se mantiene tranquilo; la dieta, más severa; hacer reposo; las dislocaciones congénitas o durante el crecimiento, según lo dicho antes.

INSTRUMENTOS DE REDUCCIÓN

(Mochlikón)

INTRODUCCIÓN

El escrito *Mochlikón* es básicamente un resumen del tratado *Sobre las articulaciones (Art.),* aunque también contiene algunas nociones tomadas de *Sobre las fracturas (Fract.).* Su tema central es el tratamiento quirúrgico de las dislocaciones, el cual viene precedido de algunas nociones anatómicas acerca de los huesos y articulaciones interesadas, en lo que, a nivel formal, podría llamarse el prólogo de la obra (caps. 1-3).

El texto contiene muchos pasajes oscuros dentro de un conjunto que ya lo es de por sí. Para la fijación del texto los distintos editores han tenido que recurrir en innumerables ocasiones a los tratados de los que éste es un texto abreviado. Por descontado que lo mismo sucede para su traducción, ya que normalmente el texto muestra una sintaxis inaprehensible y una expresión tan braquilógica que resulta impenetrable: tal es la condensación a la que ha sido sometido el pensamiento del original. Una sola palabra puede ser aquí el equivalente de toda una frase, por lo que no ha sido posible traducir sin acudir constantemente a los tratados originales en los que las mismas cosas se dicen con toda claridad.

Sin embargo, a pesar de que este tratado es un resumen, no se puede decir que el escrito no introduzca algu-

nas innovaciones de contenido respecto de sus fuentes: el ligamento ligeramente curvo que une la cavidad cotiloidea a la cabeza del fémur (cap. 1) no es mencionado ni en *Articulaciones* ni en *Fracturas*. También son novedad la mención del apósito con azufre recomendado en los caps. 2 y 3 para las fracturas de nariz y oreja, la afirmación de que las vacas no sufren dislocaciones por estar delgadas, cosa que se aseguraba en *Articulaciones* 8, o la referencia a una dislocación del dedo pulgar (cap. 21). Estas reelaboraciones son indicativas de lo que ya hemos afirmado: que este tratado es un trabajo derivado de los dos grandes escritos *Fracturas* y *Articulaciones*, y que lo más probable es que fuera compuesto por otro médico del área de la que se supone salieron aquellos dos, la Escuela de Cos. A pesar de toda su oscuridad, no puede dejar de verse en este escrito una ciencia muy avanzada, un profundo conocimiento de las lesiones de los huesos, un enorme hábito de observarlos, una experiencia consumada y una gran familiaridad con el empleo de los medios mecánicos que requieren esas lesiones. Su oscuridad, como se ha dicho, no es producto más que del hecho de ser tan sólo un extracto. Probablemente no estuviera destinado a la publicidad, sino que tendría un objetivo más concreto: quizá supongan las notas resumidas de un médico maestro para emplearlas en sus lecciones o bien las de un discípulo que quiso recoger sólo la substancia del original. En pocas palabras éste es el contenido:

a) Nociones elementales sobre los huesos del cuerpo (cap. 1);
b) fracturas de la nariz y la oreja (caps. 2-3);
c) dislocaciones de las distintas articulaciones (caps. 4-33);

d) otros accidentes: sección completa de extremidades, gangrenas, desviaciones de columna, fracturas de costillas y contusiones del pecho (caps. 34-37);
e) medios de reducción (cap. 38);
f) necrosis del velo del paladar y algunas indicaciones sobre las contusiones del cráneo (cap. 39);
g) breves indicaciones sobre el desplazamiento de huesos (caps. 40-41);
h) fracturas complicadas con herida; la extensión continua (cap. 42);
i) generalidades de las dislocaciones (cap. 43).

Los principales editores del *Corpus Hippocraticum* se han ocupado de los tratados quirúrgicos y, entre ellos, de *Mochlikón*. Reseñamos aquí las ediciones de E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate,* París, 1844, IV, págs. 329-395; F. Z. Ermerins, *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae,* 3 vols., Utrecht, 1859-64, vol. I, págs. 159-184; J. P. E. Pétrequin, *Chirurgie d'Hippocrate,* París, 1877-78; H. Kuhlewein, *Hippocratis opera quae feruntur omnia,* Leipzig, 1894-1902, vol. 2. Para la presente traducción se ha seguido la edición con traducción al inglés de E. Th. Withington, *Hippocrates,* III, Londres (Loeb), 1928 (1968), págs. 398-449.

M.ª Dolores Lara Nava

INSTRUMENTOS DE REDUCCIÓN [1]

Naturaleza de los huesos. Los huesos de los dedos 1
así como sus articulaciones son simples, en cambio los de la mano y el pie son múltiples, estando articulado cada uno de diversa manera. Los más grandes son los de las partes altas. El talón consta de uno solo [2] tal y como se muestra al exterior y los tendones traseros terminan en él [3]. Los de la pierna son dos unidos por arriba y por abajo, mientras que por en medio están ligeramente separados. El de la parte de fuera por el lado del dedo pequeño es más delgado y mucho más lo es por la parte separada y por la ligera inclinación que hay hacia la rodilla, y de él nace el tendón que recorre el muslo por la parte externa. Por abajo tienen una epífisis común por la que el pie tiene movimiento. Por arriba tienen otra epífisis en la que hace

---

[1] Littré da como título el masculino *Mochlikós* sin traducción al francés. El neutro *mochlikón* está garantizado por los manuscritos, además de GALENO, 18, 2, 327, y tiene paralelos en otros títulos como *Prognōstikón* o *Prorrētikón*. En cuanto a su traducción literal sería «lo relativo a la palanca».

[2] El calcáneo.

[3] ¿Está refiriéndose al conjunto de fibras que componen el tendón de Aquiles que une el talón y la parte posterior de la rodilla?

el juego la articulación del muslo, la cual es simple y compacta, apropiada para el tamaño del hueso; es de forma nudosa y contiene la rótula. Éste (el fémur) es curvo por el exterior hacia delante y su cabeza es una epífisis redondeada de la que nace el ligamento que se interna en la cavidad del isquion [4]. Este ligamento está insertado ligeramente oblicuo, pero menos que el del brazo. El isquion se une a la gran vértebra [5] por un ligamento de tipo cartilaginoso junto al hueso sacro.

La espina desde el hueso sacro hasta la gran vértebra es curva. En esta parte están la vejiga, los órganos genitales y la parte inclinada del recto. Desde aquí hasta el diafragma va combada hacia dentro y adaptándose a ella los músculos lumbares. De ahí a la gran vértebra cervical se comba hacia afuera y aún parece más curva de lo que en realidad es porque las prominencias posteriores de las vértebras son en esa parte muy altas. La articulación del cuello es convexa hacia dentro. Las vértebras por dentro van encajadas unas en otras y unidas por el tendón de la parte de fuera de los cartílagos; su unión está en la parte trasera de la espina dorsal y por detrás tienen un saliente puntiagudo con una epífisis cartilaginosa. De ahí salen los ligamentos hacia abajo, así como también los músculos parten desde el cuello hacia la cintura rellenando la parte entre las costillas y la espina. Las costillas se adaptan a los espacios vacíos de las vértebras mediante un ligamento que va del cuello a la cintura por el interior y por delante, en el esternón, tienen una extremidad porosa y blanda. Su forma es la más ganchuda de entre todos los animales, pues el hombre con relación a su volumen es por esa parte

[4] En anatomía también «acetábulo».

[5] La quinta lumbar.

muy estrecho. Por donde no hay costillas, hay un saliente lateral, corto y ancho que va unido a cada una de las vértebras mediante un ligamento.

El esternón es un todo continuo que tiene intersticios laterales por donde se le unen las costillas, es poroso y cartilaginoso. Las clavículas son ligeramente redondeadas hacia delante y tienen algo de movimiento en su unión con el esternón, mientras que en su unión con el acromion son más gruesas. El acromion sale de los omóplatos y lo hace de manera distinta de la mayoría [6]. El omóplato es cartilaginoso en la parte que se une a la espina, el resto es poroso e irregular en su cara externa, tiene un cuello y una cavidad articular cartilaginosos y a él se debe que las costillas tengan movimiento, al ser fácilmente separable de los huesos, excepto del brazo. La cabeza de este último se une mediante un pequeño ligamento [7] a la cavidad articular y tiene una epífisis redondeada de cartílago poroso. Este hueso es curvo por fuera y por delante oblicuo, no va recto al unirse con la cavidad. La parte que se une al codo es ancha, nudosa, acanalada y dura, con un hundimiento [8] por detrás en el que se inserta la apófisis coronoides que sale del cúbito cuando el brazo está extendido. En esta parte también tiene su origen y su término el nervio del entumecimiento [9] que sale del espacio vacío de los huesos del antebrazo, de entre ambos.

---

[6] Debe entenderse que en los hombres este hueso es diferente al de la mayoría de los animales, cf. *Art.* 13. Parece ser que hasta en tiempos de Galeno se conocía muy mal el acromion. Incluso algunos antiguos opinaban que los demás animales carecían de este hueso.

[7] El tendón largo del bíceps.

[8] Se habla del olécrano.

[9] WITHINGTON, *op. cit.*, pág. 403, piensa que con toda probabilidad se refiere al llamado «nervio ulnar» o «hueso de la alegría». Otros auto-

2 Una nariz fracturada es posible recomponerla inmediatamente [10]. Y si es el cartílago hay que introducir unas hilas enrolladas en un trocito de cuero de Cartago o en otra cosa que no produzca irritación. Las partes desviadas hay que pegarlas con una tira de cuero y mantenerlas levantadas; un vendaje en estos casos provoca hundimiento [11]. Otro tratamiento: en el momento de juntar las partes haz una aplicación con incienso o azufre con cerato, ajústalas inmediatamente y luego manténlas metiendo los dedos para notar y reducir la desviación. También está el cuero cartaginés: los huesos podrían soldar incluso aunque hubiera una herida; y hay que hacerlo de esa manera si están a punto de desprenderse algunas esquirlas supuesto que no dan lugar a nada demasiado maligno.

3 Una oreja fracturada no debe vendarse ni hay que ponerle un emplasto. Si requiere algo, algo que sea lo más ligero posible, es el cerato, y hay que encolar con azufre. La supuración de las orejas se localiza por el espesor, pero todas las zonas cargadas de mucus y llenas de carne húmeda mueven a engaño —no es de temer que resulte daño de abrir en tal caso—, y digo esto porque existen partes carnosas [12] y húmedas, llenas de mucosidad, de las que

---

res creen que *tò narkôdes neûron* se refiere a «nervio que entumece» o al «ligamento que carece de sensibilidad». En cualquier caso, y siguiendo el glosario de Erotiano (pág. 60, ed. Nachmanson) hay una referencia al entumecimiento y pérdida de sensibilidad que se produce cuando se duerme el miembro.

[10] Este capítulo y el siguiente hay que leerlos a la luz de *Art.* 35-40.

[11] Según la lectura de los manuscritos, *katapoieî*, que no siguen ni Littré ni Withington. Ambos editores leen *kakà poieî (poiéei* Littré) e interpretan «hace un perjuicio».

[12] Entiendo que en este contexto *ásarka* no es «poco carnosas», sino todo lo contrario. En mi opinión, la *a* del compuesto no es privativa sino intensiva.

se omite dónde están y cuáles son las que causan la muerte [13]. La cauterización de las orejas perforando de parte a parte las cura rápidamente, aunque la oreja queda contraída y más pequeña si se cauteriza de parte a parte. Si se abre un absceso debe utilizarse un ligero hemostático [14].

Las mandíbulas a menudo se descolocan hacia abajo y 4
se vuelven a colocar [15]. En cambio, rara vez se dislocan y suele ser en los bostezos; y es que no se salen si no se desplazan mientras se está dando un gran bostezo. Se salen sobre todo porque los ligamentos ceden al estar colocados oblicuamente y ser flexibles. Signos: la mandíbula de abajo se sale hacia delante y se desvía hacia el lado contrario al de la dislocación; no se pueden acoplar y, si son ambas, aún más se salen, se acoplan menos y no hay desviación. Esto lo evidencia la fila de los dientes de arriba que está en línea con los de abajo. Así que si habiéndose dislocado las dos, no vuelven a su sitio al momento, esos enfermos mueren normalmente a los diez días con una fiebre continua y postración comatosa. En efecto, esos músculos producen tal efecto. El vientre se remueve con deposiciones

[13] Referencia al escrito *Art.* 40 en donde se habla de otras partes llenas de mucosidad de las que se dice se hablará en otro tratado *(en állōi lógōi gegrápsetai).*

[14] El tener el cartílago de la oreja reducido era un rasgo común en los boxeadores de la Antigüedad, probablemente debido a las cauterizaciones que aquí se mencionan en el tratamiento. Diversos textos griegos mencionan las fracturas de orejas en conexión con el pugilato, cf. PLATÓN, *Protágoras* 342b, *Gorgias* 515e; TEÓCRITO, 22, 45, PÓLUX 2, 83; EUSTACIO, 1342, 37. Sobre las diversas lesiones de oreja en los atletas y su relación con la medicina, véase J. BENDUM, «Ohrverletzungen an Athleten auf Darstellungen des Altertums und ihre Beziehung zur medizinischen Literatur der Zeit», *Gesnerus* 25 (1968), 11-28; cf. también F. G. ROMERO, «Ejercicio físico y deporte en el *CH*», en *Actas del VII Coloquio Internacional Hipocrático*, Madrid, 1992, págs. 221-229.

[15] Capítulo resumen de *Art.* 30-31.

escasas y mal temperadas y, si hay vómitos, éstos son de igual tipo. La dislocación de un solo lado es menos peligrosa. La reducción es la misma en ambos casos. Bien que la persona esté recostada o sentada, su cabeza fija, tomándole las mandíbulas por los dos lados con las manos, por dentro y por fuera, hay que hacer al mismo tiempo tres cosas: empujar enderezando y hacia atrás y hacer cerrar la boca. Tratamiento: emolientes, posiciones y sujeción del mentón. Esas cosas actúan para la reducción.

5 El hombro se disloca hacia abajo; nunca hasta ahora oí de otra (dislocación) [16]. No obstante, parece que se disloca hacia delante en aquellos casos en los que la carne que rodea la articulación se atrofia por la enfermedad que consume, como suele pasar también con las vacas, en invierno, por su delgadez. Hay más dislocaciones en las personas delgadas, en las enjutas, en las secas y en las que tienen en las articulaciones humedades sin inflamación, porque ésta suele unir. Aquellos que, en el caso de las vacas, utilizan fíbulas [17] para las reducciones se equivocan y olvidan que eso es así por la manera en que utilizan su pierna y que ese esquema es el mismo que el del hombre que está en esa situación [18]. Olvidan también el verso homérico [19]

---

[16] Capítulo que resume *Art.* 1-12.

[17] En griego, *apoperonôntes*. La fíbula *(perónē)* se usó en el mundo antiguo como instrumento quirúrgico. A este propósito recuérdese cómo Dioniso fue encerrado en el muslo de Zeus para ocultarlo de Hera: *katà mērôi dè kalýpsas chryséaisin sunereídei perónais kryptòn aph' Hḗras,* cf. EURÍPIDES, *Bacantes* 97.

[18] En el tratado de las *Articulaciones* (cap. 8) se da como un hecho que las vacas sufren dislocación debido a su mayor delgadez en invierno. Parece haber en nuestro texto el resultado de una observación posterior y su correspondiente corrección.

[19] Se refiere a un pasaje no encontrado entre los versos homéricos conservados, cf. HOMERO, *Fragmentos* 1 y 2.

y el porqué de que las vacas adelgacen tanto. Cuantas cosas haya que hacer levantando el brazo lateralmente desde el costado, aquellos a quienes no se les reduce (la dislocación) no pueden hacerlas. De manera que ya se ha dicho a quiénes se les disloca sobre todo y cómo están. Ahora bien, cuando el caso es congénito los huesos más próximos (a la dislocación) son los que más se reducen, como es el caso de los bracicortos [20]: el antebrazo es menos (corto que el brazo), la mano todavía menos y los huesos de arriba (no sufren) nada. También las partes más cercanas (a la lesión) son las más descarnadas. Se reducen sobre todo las del lado contrario a la dislocación y las que ocurren durante el crecimiento, aunque menos que en los casos congénitos. Las supuraciones profundas en las articulaciones se dan fundamentalmente en los recién nacidos en el hombro y el resultado es el mismo que si fueran dislocaciones.

Si la dislocación se da en adultos, los huesos no se reducen, pues no hay lugar para que un hueso no tenga el mismo crecimiento que los demás, pero sí hay atrofia de la carne porque ésta crece y disminuye según el día y según la edad. Hay que atender a los posibles efectos de las posturas y además al signo del acromion cuando es desplazado hacia abajo y el hundimiento que queda, porque cuando el acromion se descoloca y hay una depresión creen que el húmero se ha dislocado. Aunque (si pasa esto) la cabeza del húmero aparece en la axila; los pacientes no pueden levantar el brazo ni moverlo de un lado para otro por igual; el otro hombro lo hace patente. Reducciones: que él mismo (el enfermo) ponga su puño bajo la axila, que empuje la cabeza (del húmero) y lleve al brazo a juntarse con el pecho. Otra: forzar el brazo hacia atrás como

[20] Literalmente «brazos de comadreja».

para hacerlo girar sobre sí mismo. Otra: la cabeza sobre el acromion, y con las manos bajo las axilas, levantar la cabeza del húmero y empujar con las rodillas el codo, o en vez de las rodillas que sea otra persona la que mueva el codo hacia el costado como más arriba; o bien échate a las espaldas al enfermo haciendo que bajo su axila quede tu hombro; o con un tampón que haga de relleno mete tu talón en su axila, el talón derecho en la axila derecha; o bajo la axila una mano de mortero o una escala; o bien un movimiento circular con el mango fijado bajo el brazo. Tratamiento: postura, brazo pegado al costado, mano levantada, hombro levantado; en esta postura vendaje, suspensión. Si no se reduce, la zona del acromion además se encoge.

6 Acromion descolocado [21], su apariencia externa es la de un hombro dislocado, pero sin pérdida de ningún movimiento; no vuelve a su posición normal. La posición es la misma que para una dislocación, en lo que se refiere a vendaje y suspensión. El vendaje según la norma.

7 Articulación [22] del codo desplazada [23] bien hacia el lado de las costillas, bien hacia afuera, permaneciendo la

[21] Cf. *Art.* 13.

[22] Los capítulos 7-19 son una auténtica repetición de *Art.* 17-29. A su vez, estos capítulos se supone que son un epítome de *Fract.* 38-47. La opinión general es que el epítome lo hizo el autor de *Mochlikón* y luego estos capítulos fueron transferidos a *Art.* para llenar una laguna que allí existía sobre este tipo de dislocaciones. De ello sería una prueba el cambio de estilo que sufre en esos capítulos *Art.;* estilo, por otra parte, muy en consonancia con el resto de nuestro escrito.

[23] Se refiere a la llamada subluxación o dislocación incompleta, es decir, cuando en la articulación los huesos se descolocan pero no llegan a dislocarse del todo. Casi todos los comentaristas parecen estar de acuerdo en que esta dislocación del codo es por desplazamiento del radio.

punta aguda [24] en la cavidad del húmero: practicando la extensión en línea recta enderezar hacia atrás y oblicuamente la parte que está salida.

Las dislocaciones completas hacia un lado u otro: 8
cooptación en la que se venda el húmero [25] porque de esa manera la parte ganchuda [26] del codo no será un obstáculo. Se disloca especialmente hacia la parte que da a las costillas. En cuanto al enderezamiento, hay que separar los huesos lo más posible para que la cabeza del húmero no roce la coronoides y hacerlo girar y flexionar sin forzarlos hacia una línea recta tirando al mismo tiempo de cada hueso en distinta dirección y metiéndolos en su sitio. En estos casos podría ayudar también hacer girar el codo, unas veces en supinación y otras en pronación. Así es la reducción. En cuanto a la posición, se debe tener la mano un poco por encima del codo y el brazo pegado al costado. La suspensión hacerla también así; es fácil de llevar y permite la utilización (del brazo) dentro de lo normal, siempre que no se produzca un anquilosamiento desfavorable. Y el anquilosamiento viene enseguida. Tratamiento: con vendas de las que son normativas para las articulaciones y que abarquen también el saliente del codo.

La dislocación del codo puede ser gravísima cuando 9
hay fiebre, dolor, náusea o ataque de bilis. En especial, cuando es hacia atrás debido al entumecimiento [27], en segundo lugar, la que es hacia delante. El tratamiento es el

---

[24] El llamado *olēcranón* en griego.

[25] El autor está remitiendo al tratamiento de la extensión con vendaje propuesto en *Fract.* 41, q.u.

[26] La apófisis coronoides.

[27] Es decir, al nervio que produce el entumecimiento mencionado en la descripción del brazo en el cap. 1. El griego dice *dià tò narkôdes,* cf. nota 10.

mismo: reducciones de la dislocación hacia atrás, hacer la extensión y colocar (los huesos de la articulación). Signo: no se puede extender el brazo; en cambio en la dislocación hacia delante no se lo puede flexionar. En este caso hay que poner un rollo duro y plegar el brazo en torno a él rápidamente después de la extensión.

10 La separación de los huesos del antebrazo se reconoce palpando en el sitio donde se bifurca la vena.

11 Estos casos (de lesión del codo) rápidamente se anquilosan. De entre los casos congénitos los huesos que están por debajo de la lesión son los más cortos, pero mucho más los del antebrazo que están más próximos a ella, en segundo lugar los de la mano, en tercero los de los dedos. El brazo y el hombro son más fuertes porque están más nutridos, pero el otro brazo al tener mayor actividad es más fuerte. La disminución de las carnes es hacia dentro si la dislocación es hacia fuera, y en todo caso hacia el lado contrario del que es la dislocación.

12 Si el codo se disloca hacia dentro o hacia fuera, la extensión debe ser en posición angular del brazo con relación al antebrazo. Elevando la axila, suspenderla con una venda y haciéndola pasar bajo el extremo del codo colgar algo de peso junto a la articulación, o bien tirar del codo con las manos. Estando elevada la articulación del codo, hacer el acoplamiento con las palmas de las manos, lo mismo que en las dislocaciones de las manos. Hacer el vendaje en esta posición al igual que la suspensión y la colocación.

13 A las dislocaciones hacia atrás hay que hacerlas la extensión en seguida y hacer la cooptación con las palmas de las manos. Conviene hacer ambas cosas al mismo tiempo lo mismo que en los otros casos. Y si es hacia delante, haciendo un rollo de hilas bien consistente, hacer flexionar

el brazo al tiempo que se ponen (los dos huesos) en su sitio.

Si hay desplazamiento hacia uno de los dos lados [28], 14
en la colocación hay que hacer los dos movimientos. En cuanto a la atención, la posición y el vendaje son comunes. La verdad es que todos estos casos pueden reducirse con el método común de la extensión.

De entre las reducciones unas se llevan a cabo me- 15
diante la elevación, otras por la extensión, otras por un movimiento de rotación. Estas últimas se efectúan forzando exageradamente las posiciones en un sentido u otro con toda rapidez.

La articulación de la mano se disloca hacia dentro o 16
hacia afuera, hacia afuera casi siempre. Los signos son bien visibles: si es hacia dentro, no se pueden plegar los dedos totalmente sobre sí mismos; y si es hacia afuera, no se pueden extender. Hay reducción: teniendo los dedos puestos sobre una mesa, que unos hagan la extensión y otros la contraextensión. La parte que se proyecta al exterior hay que empujarla hacia delante y hacia abajo al mismo tiempo con la palma de la mano o el talón, poniendo en el otro hueso algún peso suave, y si la dislocación es hacia arriba la mano estará en pronación, mientras que si es hacia abajo, en supinación. El tratamiento, con vendas.

La mano se disloca totalmente hacia dentro o hacia 17
afuera, sobre todo hacia afuera, o en ambas direcciones. Hay veces que la epífisis se mueve y hay otras que uno de los dos huesos se separa. En estos casos debe hacerse una extensión enérgica, empujar la parte salida y lo mismo, pero en el sentido opuesto, el otro hueso, dos posicio-

---

[28] Se habla del radio, cf. cap. 7 y nota 24.

nes a la vez, hacia atrás y en sentido oblicuo, o bien sobre una mesa con las manos o con el talón. Son lesiones graves y que deforman, pero con el tiempo la mano se hace fuerte para poderla utilizar. El tratamiento es con vendas que abarquen la mano y el codo. Hay que poner férulas hasta los dedos. El entablillado hay que soltarlo más a menudo que en casos de fracturas y hacer más uso de las afusiones.

18 Cuando la dislocación es congénita, la mano es más corta y el encogimiento de las carnes normalmente es en el sentido contrario al de la dislocación. En la persona desarrollada los huesos se quedan como están.

19 Una articulación del dedo dislocada es bien visible y su reducción es como sigue: haciendo la extensión en línea recta empujar la parte salida y lo mismo en el sentido opuesto al otro hueso. El tratamiento apropiado es el del vendaje con vendas. Si no se reduce, se suelda fuera de sitio. Los huesos dislocados de nacimiento o que se dislocan durante el crecimiento, si están situados bajo la lesión, se quedan más cortos y las carnes normalmente en el sentido contrario al de la dislocación. En la persona desarrollada los huesos no cambian.

20 La articulación del muslo [29] se disloca de cuatro maneras: la mayoría de las veces hacia dentro, en segundo lugar hacia fuera, en las demás direcciones por igual. Signos: en general la comparación con la otra pierna y en particular, para la dislocación hacia dentro, la cabeza del fémur se palpa junto al perineo, no se flexiona la pierna igual que la otra y parece más larga, especialmente si llevando las dos al centro no se mantienen extendidas, por-

[29] Los capítulos 20-24 son un resumen del tratamiento de las dislocaciones del muslo que hace *Art.* 51-60.

que el pie y la rodilla se desvían hacia fuera. Y si la dislocación en el período de crecimiento es congénita, el muslo queda más corto, la pierna algo menos y el resto en proporción. Las carnes se atrofian y más si la dislocación es hacia fuera. Esos enfermos se retraen de estar bien derechos y pivotan sobre la pierna sana; incluso si se ven obligados caminan con una muleta o con dos y levantan la pierna, pues cuanto más la levantan más fácil les resulta. Y si la dislocación es en personas ya desarrolladas, los huesos no cambian pero las carnes se atrofian, como se ha dicho antes. Andan medio renqueantes como los bueyes, inclinados sobre la cadera y proyectando hacia fuera la cadera sana; y es que ésta es necesaria para andar sobre ella como soporte, mientras que de la otra se prescinde (dado que no puede soportar peso) como los que tienen una llaga en el pie. Por el lado de la pierna sana se apoyan sobre una estaca que llevan oblicua al cuerpo, a la enferma la aguantan presionando firmemente con la mano por encima de la rodilla como para soportar el peso del cuerpo en el cambio de paso. Si se sirven de la parte baja de la cadera, los huesos por ahí se atrofian menos y las carnes más.

Los signos y posturas de la dislocación hacia fuera **21**
son los contrarios. La rodilla y el pie se desvían ligeramente hacia fuera y a los que tienen la lesión durante el crecimiento o de nacimiento no les crecen los huesos homogéneamente en la misma proporción: la cadera por encima de un cierto punto no se desarrolla igual (que la otra). Quienes sufren frecuentes dislocaciones hacia fuera sin inflamación tienen una pierna más llena de humores [30], como el dedo gordo de la mano que se disloca de manera

[30] La misma apreciación observa el autor de *Aforismos* VI 59.

natural con frecuencia [31]. Para dislocaciones mayores o menores, más graves o más leves, para las de reducción más rápida, o las que no tienen remedio y para las muy frecuentes, hay tratamiento de esa lesión. En casos congénitos, durante el crecimiento o en el curso de una enfermedad —porque sobre todo la enfermedad es la causa—, a quienes el hueso se les necrosa, e incluso a quienes no (los enfermos) sufren todas las lesiones, pero en menor medida que la que es hacia dentro, si son correctamente atendidos de manera que se mantengan equilibrados caminando con todo el pie. Los más jóvenes requieren la máxima atención: si se les deja, la lesión empeora, mientras que el atenderles les mejora. Se atrofia cualquier parte pero algo menos (que en la dislocación hacia dentro).

22 Los huesos de quienes se llegaran a dislocar ambas caderas así [32], se verían afectados de la misma manera. Estando sus carnes bien desarrolladas, salvo por el interior, tienen glúteos muy prominentes, muslos macizos, a menos que haya necrosis. Si tuvieran desviación (de columna) en la parte por encima de las caderas, estarían sanos, pero su cuerpo no crecería, tan sólo la cabeza.

23 Signos de las dislocaciones hacia atrás. La parte anterior hundida, la posterior prominente, el pie recto. No pueden flexionar la cadera, si no es con mucho dolor, tampoco extenderla; en estos casos la pierna es más corta. Además no pueden estirar la pierna ni por la corva ni por la ingle, a menos que la levanten mucho, ni tampoco flexionarla [33]. En la mayoría de los casos es la primera arti-

---

[31] Afirmación no contemplada en *Art.* 54, que sería el capítulo fuente. Sin embargo, podría ponerse en relación con lo que se dice del dedo pulgar en *Off.* 4.

[32] Esto es, hacia fuera.

[33] Para la mejor comprensión de esta frase, cf. *Art.* 57.

culación de arriba la que dirige el movimiento: esto es algo común a las articulaciones, los ligamentos, los músculos, los intestinos, el útero y otros órganos. En estas dislocaciones el hueso del isquion se desvía hacia el glúteo, de ahí el acortamiento (de la pierna) y el hecho de que no puedan extender la articulación. En todos los casos la carne de la pierna se atrofia; en qué casos (ocurre) más y hasta qué punto ya se ha dicho. Cada parte del cuerpo se fortalece cuando realiza sus propias funciones, pero en la inactividad se deteriora, excepto si es por causa de fatiga, fiebre o inflamación. La dislocación hacia fuera, puesto que se inclina hacia la carne que cede, causa disminución (del miembro), mientras que la que es hacia dentro, al estar sobre un hueso que sobresale, lo alarga. Así que, si en los adultos no se reduce la dislocación, éstos caminan doblados por las ingles y la corva del otro lado se les flexiona; apenas si llegan al suelo con la planta del pie; se agarran la pierna con la mano si quieren ir sin muleta; si se sirven de una muleta demasiado larga no utilizarán el pie, si lo hacen es que la llevan corta. Hay disminución de la carne, en los casos de dolor [34], en la parte anterior y en la misma proporción que la del miembro sano. Quienes sufren dislocación congénita o durante el crecimiento o si les viene la luxación como secuela de una enfermedad (en qué enfermedades ya se dirá), ésos sufren lo peor debido a la inactividad de los ligamentos y articulaciones; al mismo tiempo sufre también la rodilla por el motivo expli-

---

[34] Probablemente esta referencia al dolor tenga sentido si entendemos que debido al dolor el miembro no se utiliza y de ahí la atrofia; cf. la última frase de este capítulo. La expresión está tan abreviada que otros autores, entre ellos Pétrequin, traducen «en aquellos que ejercitan la pierna».

cado y caminan con la pierna doblada apoyados en una o dos muletas. La pierna sana está bien desarrollada por su utilización.

24 En los que la dislocación es hacia delante, los signos son los contrarios: la parte posterior hundida, la anterior prominente. Éstos flexionan la pierna menos, la extienden más. El pie recto, la pierna igual (a la otra) hasta el talón, en la punta está ligeramente levantado. Estos enfermos padecen más desde el primer momento y retienen más la orina en estas dislocaciones, ya que el hueso está situado entre ligamentos importantísimos. Las partes delanteras están estiradas [atrofiadas, enfermizas, prematuramente envejecidas] [35], las de atrás tienen pliegues. En el caso de los adultos, caminan erguidos apoyándose preferentemente sobre el talón y si pudieran dar grandes pasos lo harían del todo; pero se arrastran. La atrofia es pequeña en estos casos y ello se debe a la ejercitación, la hay sobre todo en la parte de atrás: por causa de la pierna entera van más estirados de lo normal y necesitan una muleta en el lado de la lesión. En los casos de lesión congénita o durante el crecimiento, si son atendidos correctamente, la utilización (de la pierna será) como en el caso de los adultos, pero, si se les descuida, la pierna queda corta y estirada. En efecto, en tales casos hay anquilosamiento, sobre todo con las articulaciones en línea recta. El acortamiento de los huesos y la atrofia de la carne es según la norma.

25 En el muslo [36] la extensión debe ser fuerte y la reducción común es con las manos, con una plancha o con la

[35] El editor coloca estas palabras entre corchetes porque, según él, están desplazadas. Podrían venir de *Art.* 58 y referirse a los efectos de la falta de uso del miembro.

[36] Las indicaciones sobre la reducción que se dan aquí están ampliamente tratadas en *Art.* 70-78.

palanca, la redonda para las dislocaciones hacia dentro y la plana para la de fuera, especialmente son estas últimas las que necesitan la palanca. Para las dislocaciones hacia dentro está el tratamiento con sacos hasta la parte fina del muslo, además de la extensión y el vendaje de las piernas juntas. Hay que colgar al enfermo con los pies ligeramente separados y luego alguien entrelazándose [37] debe colgarse de él, haciendo ambas operaciones al tiempo en el momento de la reducción [38]. Esto es suficiente para la dislocación hacia delante y en las demás, pero no en la que es hacia fuera. La colocación de un madero bajo la pierna, como en la dislocación del hombro bajo el brazo, es apta para las dislocaciones hacia dentro, pero no para las demás. Las presiones unidas a la extensión sirven sobre todo en las dislocaciones hacia delante y hacia atrás: hay que empujar con el pie, la mano o con una plancha.

La rodilla [39] tiene mejor arreglo que el codo por su 26
conformación sencilla y regular, y por ello también se disloca y reduce más fácilmente [40]. Muchas más veces se dis-

---

[37] Esto es, haciendo pasar sus brazos por las piernas del enfermo, agarrado a ellas y quedando colgado en el aire, cf. *Art.* 70.

[38] La extensión y el apalancamiento.

[39] Vuelve a repetirse el mismo fenómeno que en los caps. 7-19. Los caps. 26-31 sobre la rodilla, el tobillo y el pie son calcos de *Art.* 82-87, y son un epítome de *Fract.* 10-14, salvo el 26, que epitomiza *Fract.* 37. De hecho, *Art.* 82-87, son un apéndice al tratado original, como puede verse allí.

[40] Todos los autores de la Antigüedad y el Medievo reproducen esta aseveración hipocrática relativa a la poca importancia de la dislocación de rodilla. Y lo que realmente ahora conocemos es que este tipo de dislocación es raro y tiene graves consecuencias. La explicación más plausible (cf. WITHINGTON, *op. cit.*, pág. 417) es que existiera algún tipo de llave en la lucha cuerpo a cuerpo que dislocara la rodilla sin causar mayor lesión.

loca hacia dentro, pero también lo hace hacia fuera y hacia atrás. Reducciones: la que es por la flexión de las rodillas, o bien por un violento puntapié hacia atrás, o colocando bajo las nalgas una venda enrollada sobre la que el enfermo dejará caer súbitamente su cuerpo en cuclillas, especialmente en las dislocaciones hacia atrás. Se puede también reducir la dislocación hacia atrás con una extensión moderada, como en la del codo. Las dislocaciones laterales (pueden reducirse) mediante la flexión de las rodillas o el puntapié hacia atrás o con la extensión, esta última especialmente en la dislocación hacia atrás. Pero también, incluso después de la extensión moderada, la reducción es común a todas (las dislocaciones). Si no se hace reducción en los casos de dislocación hacia atrás, no se puede doblar la rodilla, aunque tampoco en las demás dislocaciones, y se atrofia la parte anterior del muslo y la pierna. Si la dislocación es hacia dentro se quedan bastante zambos y la atrofia afecta a la parte exterior. Si es hacia fuera, se quedan patituertos, pero menos cojos, porque en esa dirección va el hueso más grueso [41] y se atrofia la parte interna. En las dislocaciones congénitas o del crecimiento las cosas son como en la exposición anterior.

27 Las dislocaciones del tobillo requieren una extensión fuerte, bien sea con las manos o con cualquier otro medio, y una reducción que actúe al mismo tiempo en ambas direcciones: la reducción es la misma para todos los casos.

28 Las de los huesos del pie se curan igual que las de la mano.

29 Las dislocaciones de huesos de la pierna que van unidos y no se han reducido, sean de nacimiento o durante el crecimiento, son iguales que las del brazo.

[41] Esto es, la tibia.

Aquellos que al saltar desde una altura caen clavados 30
de talones, de tal forma que los huesos sufren una diástasis, en esos casos se extravasa la sangre de las venas y los ligamentos se contusionan y cuando tales cosas suceden, cosas que son gravísimas, ésos, digo, corren el riesgo de sufrir necrosis y tener problemas toda la vida: los huesos quedan desunidos, pero los ligamentos están comunicados entre sí. En efecto, a consecuencia de una fractura o de una herida, sea en la pierna o en el muslo, herida por la que se rompen los ligamentos que unen esas partes, o también a consecuencia de un descuido en un cambio de postura en la cama, el talón se gangrena y el resultado para estos (accidentes) es muy grave. A veces a la necrosis se añaden fiebres agudísimas con náuseas y espasmos, de las que afectan a la razón y son fulminantemente mortales, y además lividez de los vasos que llevan sangre [42] y gangrenas. Los signos del empeoramiento son que las partes con equimosis, las ennegrecidas y las de su entorno se endurecen y se ponen ligeramente rojas. Y si junto al endurecimiento se ponen lívidas, es de temer que se gangrenen. Pero si están poco lívidas, incluso muy lívidas, y en ellas se siente fluidez o están algo amarillentas y blandas, esos signos en todos los casos son benéficos. Tratamiento: purgar con eléboro si no hay fiebre, pero si la hay, no dar eléboro sino una bebida de oximiel si es preciso. Vendaje, el preparado para las articulaciones; y además todo lo que se requiere para las contusiones; hay que utilizar mayor cantidad de vendas y que sean más suaves. Menor compresión, más agua y el mayor número de vueltas en el talón.

---

[42] *Phlebôn haimorhóōn;* cf. a propósito de estos vasos sanguíneos M. P. Duminil, *Le sang, les vaisseaux, le cœur dans la collection hippocratique,* Paris, 1983, págs. 274 y sigs.

En cuanto a la posición, la idea es la misma que para el vendaje: que no haya presión sobre el talón y que éste, bien colocado, se mantenga por encima de la rodilla. No utilizar férulas.

31 Cuando el pie se disloca, él solo o junto con el maléolo, lo hace sobre todo hacia dentro y, si no se reduce, con el tiempo la cadera, el muslo y la pierna se atrofian por el lado opuesto al de la dislocación. Reducción igual que la de la muñeca, pero la extensión más fuerte. Tratamiento, según la norma de las articulaciones. Hay menos posibilidad de empeoramiento que en el caso de la muñeca si se guarda reposo. La dieta debe ser más reducida, ya que no se hace esfuerzo. Los casos congénitos u ocurridos durante el crecimiento van de acuerdo con lo dicho.

32 Cuando hay desviaciones ligeras de nacimiento, algunas se pueden corregir y especialmente los pies torcidos [43]. Hay más de una manera de tener pies torcidos. Su tratamiento es el del molde de cera: cerato resinoso, muchas vendas, adaptar con el vendaje, no directamente sobre la piel, una plantilla o una lámina de plomo. En cuanto al mantenimiento del vendaje y a la posición del pie, que estén en consonancia.

33 Si un hueso al dislocarse causa una herida [44] y se sale por ella, lo mejor es dejarlo estar de tal manera que, sin embargo, no quede sin sujeción ni sometido a violencia. Tratamiento: con pez o compresas embebidas en vino caliente —en todos estos casos el frío es nocivo— y con hojas; en el invierno con vellones de lana grasienta para pro-

---

[43] El llamado pie zopo o zambo. Este tema lo encontramos en *Art.* 62.

[44] Este capítulo, así como los dos siguientes, tratan de dislocaciones compuestas, pérdida o amputación de alguna parte, gangrena y necrosis. Todo ello deriva de *Art.* 63-69.

teger; no utilizar emplasos ni vendar; dieta ligera; el frío, el mucho peso, la opresión, la violencia, el no cambiar de posición, conviene saber que todas esas son cosas funestas. Los que son atendidos mesuradamente (sobreviven) ridículamente tullidos, porque si la lesión está en los pies, el pie se retrae, y si es en otra parte, análogamente. Los huesos no se exfolian mucho, pues sólo una pequeña superficie se descarna y se recubre con una fina costra. Los huesos mayores son los más peligrosos y también los de las zonas más altas del cuerpo. La única esperanza de salvación es el no reducirlos, exceptuando los huesos de los dedos y los de la mano. Respecto a estos últimos, predíganse antes los riesgos. La reducción hay que intentarla el primero o segundo día, y si no, alrededor del décimo. De ninguna manera el día cuarto. Reducción: las palancas pequeñas. Tratamiento: como el de los huesos de la cabeza, y también el calor; lo mejor es utilizar eléboro inmediatamente después de la reducción. En cuanto a los demás huesos, conviene saber que de su reducción se sigue la muerte, tanto más segura y rápida cuanto mayores y más arriba están. Si en la dislocación del pie se sale un hueso, hay espasmo y gangrena. Así que si alguna de estas cosas sobrevienen tras la reducción, hay esperanza para el que tiene la dislocación, si es que hay alguna esperanza, pues los espasmos no vienen de las partes relajadas, sino de las que están en tensión.

Las amputaciones en una articulación o en el mismo 34
hueso, no siendo en la parte alta sino junto al pie o junto a la mano, generalmente salvan la vida a menos que el paciente muera de repente por un colapso. Tratamiento como el de la cabeza, calor.

La gangrena de las carnes se debe a la constricción 35
en heridas con hemorragia, la compresión en fracturas de

huesos y la necrosis debida a los vendajes [45]. Incluso en aquellos casos en que se desprende una parte del muslo o del brazo, tanto sean huesos como carne, muchos sobreviven; también en otros aspectos la cosa no es demasiado grave. En los casos de huesos fracturados, el contorno de la quiebra se observa rápidamente y el desprendimiento de los huesos se efectúa en aquel punto en el que está el borde de la denudación, pero es más lento. Conviene eliminar además las partes por debajo de la lesión y del cuerpo sano —pues quedan muertas las primeras—, poniendo mucha atención, porque los pacientes, por causa del dolor, se desmayan y mueren. En el caso de este tipo, un hueso del muslo se desprendió el día octogésimo, mientras que la pierna había sido cortada el día vigésimo; en otro, los huesos de la pierna se desprendieron hacia la mitad el día sexagésimo. La rapidez y la lentitud de tales desprendimientos depende de las presiones del tratamiento médico. Por lo demás, en aquellos casos más leves, los huesos no se desprenden ni se denudan de carne, sino que la gangrena es más superficial. Estos casos hay que aceptarlos, pues la mayoría son más pavorosos que malignos. Tratamiento suave: calor, dieta estricta; peligro: las hemorragias, el frío. Las posturas con tendencia a la elevación, en segundo lugar, y para que no haya depósitos de pus, las horizontales u otras posiciones que sean convenientes. En tales casos, y también en las gangrenas, hay hemorragias y disenterías en torno a la crisis, abundantes pero de corta duración. Los enfermos no pierden mucho el apetito ni están febriles, y no hay que someterles a ningún ayuno.

---

[45] Según *Art.* 69, la gangrena por este motivo se debe a vendajes que violentan *desmoí biaioí*.

La desviación de columna [46] hacia dentro es fatal por causa de la retención de orina y pérdida de la sensibilidad. De las que son hacia fuera la mayoría son inócuas, y mucho más inócuas que los casos en que, después de recibir una sacudida, la columna no se desvía. Estas últimas tienen su propia crisis, mientras que aquéllas repercuten más sobre el cuerpo, y precisamente en partes importantes. Pasa como con las costillas fracturadas, rara vez dan fiebre, expectoración de sangre o necrosis, pero siempre que, bien sea una sola o más de una, no se fracturen hacia dentro. El tratamiento es sencillo, nada de ayuno si el enfermo está sin fiebre; el vendaje según la norma; el callo se forma en unos veinte días, debido a la porosidad del tejido. Sin embargo, si existe contusión fuerte, los tubérculos, toses y heridas supurantes esfacelan las costillas, pues a lo largo de cada costilla hay cordones que proceden de todos lados. 36

Las desviaciones por causa de una caída tienen menos posibilidad de ser enderezadas [47]; y mayores dificultades ofrecen todavía las que son por encima del diafragma. A quienes les pasa de niños no siguen creciendo, sólo les crecen las piernas, los brazos y la cabeza. La desviación en adultos al instante detiene la enfermedad, pero con el tiempo vuelve a manifestarse con los mismos signos que en la desviación de los más jóvenes, aunque de forma menos maligna. Quienes lo soportan bastante bien son aquellos que tienen propensión a estar en buena forma y a la gordura; sin embargo pocos de ellos llegan a rondar los sesenta años. También se producen desviaciones hacia los lados, debido 37

[46] Cf. *Art.* 41-46 y 49.

[47] Este capítulo puede entenderse mejor a la luz de *Art.* 41 y 50.

entre otras causas a las posturas en que se acuestan. Tienen también posibilidad de pronóstico.

Muchos [48] también expectoran sangre y se producen empiemas. La atención, tratamiento y vendaje, según la norma. Lo primero es una dieta estricta, luego hay que suavizarla; reposo, silencio; posturas, el vientre, las relaciones sexuales. Los casos en que no hay sangre son más dolorosos que los casos de fractura y, con el tiempo, suelen dar lugar a recaídas. A los que el tejido se les queda en estado mucoso, la recidiva la notan en los dolores. Tratamiento: cauterización, cuando la lesión procede del hueso, hasta el hueso pero no en el hueso mismo; y si la lesión es en zona intermedia, no atravesarla entera, pero tampoco hacerlo en la superficie. Esfacelo: intentar el tratamiento con los tampones de hilas: se dirá todo lo que les va bien. Las cosas deben verse, no bastan las palabras: alimentos, bebidas, calor, frío, postura. En cuanto a los medicamentos, los hay secos, los hay húmedos, los hay de color rojo y otros son negros o también blancos, otros son astringentes, depende de la herida; así también las dietas.

38 Norma [49] para la reducción y el enderazamiento: cabrestante, palanca, caña, prensa. El cabrestante para esti-

[48] A partir de aquí y hasta el final del capítulo comienza un párrafo claramente desplazado de lugar. Cuál sea éste es incierto. Littré, siguiendo a Foes, lo coloca como final del capítulo 36, mientras que nuestro editor opina que son notas sueltas. En cualquier caso, ambos en sus traducciones respectivas entienden que se está hablando de las costillas, por lo que quizá tenga más razón de ser la colocación del pasaje al final del capítulo 36.

[49] Este capítulo y los siguientes son ya autónomos respecto a capítulos concretos de los tratados originales. Suponen algo parecido a un conglomerado de notas confusas sobre dislocaciones y fracturas, bastante ininteligibles a veces y que sólo muy ligeramente recuerdan pasajes de *Art.* y *Fract.* No es raro ver en otros tratados hipocráticos, y precisamen-

rar, la palanca para colocar. Las partes que deben ser reducidas o encajadas hay que separarlas mediante la extensión hasta la posición en que, en el aire, quede una sobre la otra, esto es, la parte dislocada sobre el punto del que se desvió. Esto (se hace) con las manos, con la suspensión, con los cabrestantes o rodeando alguna cosa. La forma correcta (de hacerlo) con las manos depende de la parte que sea: para la muñeca y el codo basta con separar, teniendo la muñeca en línea recta con el codo y el codo formando ángulo recto con el brazo, como cuando se lleva el antebrazo en cabestrillo. En los casos de un dedo, un pie, una mano, una muñeca o de desviación de columna hacia fuera, hay que separar y encajar, en los demás es suficiente la separación con las manos, pero las partes que sobresalen hay que colocarlas en su sitio con la planta del pie o la palma de la mano sobre algo, de tal manera que según el hueso que sobresalga hay que colocar debajo una almohadilla blanda a la medida; en el otro lado convendría que un ayudante empujara hacia atrás y para abajo si la dislocación ha sido hacia dentro o hacia afuera. En los casos de dislocación hacia un lado, hay que empujar una de las dos partes y la otra en el sentido contrario atrayendo un hueso hacia el otro. Las desviaciones de columna hacia dentro (no se reducen) ni con el estornudo ni con la tos ni con una inyección de aire o una ventosa; necesitan, eso sí, la constatación [50]. La equivocación está en que

---

te de los bien compuestos, que sus partes finales comprendan una serie de notas sueltas a modo de apéndices o lo que actualmente serían las notas a pie de página.

[50] Es decir, lo relevante es que al médico le quede totalmente claro que la lesión es precisamente ésa. Para esta traducción sigo el texto de la edición de Withington que da la lectura *katástasis.* No obstante, mi

se puede creer, si lo que hay es fractura de las vértebras, que la convexidad [51] debida al dolor es desviación hacia dentro. Esos casos (los de desviación hacia dentro) son rápidos de curación y sencillos. Los de desviación hacia fuera (necesitan) extensión: hacia los pies si la lesión está en la zona alta, la contraria si es en la parte baja; y presión combinada con la extensión bien sea sentándose encima, con el pie o con una plancha. Las desviaciones hacia uno de los dos lados, si algo requieren, es la extensión y además las posturas acompañadas de una dieta.

Las correas todas deben ser planas, suaves, fuertes; de no ser así, conviene envolver previamente con unos paños [52]. En las reducciones en que hay que forzar [53], todo lo que se refiere al largo, alto y ancho debe estar preparado a la medida. Por ejemplo, la extensión del muslo: hay que pasar la correa por el tobillo y por encima de la rodilla, tirando en el mismo sentido; por los lomos y las axilas, por el perineo y el muslo, haciendo pasar uno de los extremos por el pecho y el otro por la espalda tirando de todos los cabos hacia el mismo punto y enganchados a una polea o a un cabrestante. Cuando se opera sobre una cama, uno

---

interpretación de su significado difiere de la que da el editor al traducir «espera». Littré lee *katátasis* y traduce «extensión».

[51] Se refiere a la postura adoptada con la espalda combada hacia dentro. En griego la palabra es *lordṓmata*.

[52] La lectura para traducir esta frase es la de Littré que, partiendo de *Art.* 78, corrige el texto *ischyrá, ei déei. mè deî...* de los manuscritos en *ischyrá. ei dè mè.*

[53] La expresión griega es *en têisin anánkēisi* y no hay que descartar que este plural de abstracto se refiera, como así lo interpreta Littré, a algun aparato de fuerza. Withington traduce «en las reducciones». En cualquier caso hay que entender que no se habla del empleo de la fuerza, sino de violentar la posición físicamente natural de un miembro.

de los extremos de ésta hay que apoyarlo sobre la pared y en el otro se ajustará un fuerte madero oblicuo; unos bastones en forma de mazo que sobresalgan por arriba haciendo de palanca realizarán la extensión, o bien unos cubos de rueda metidos en tierra, o bien una escalera extendida a lo largo, después hay que hacer fuerza empujando en ambos lados. Lo corriente es: una plancha de seis codos, de dos codos de ancho y un palmo de espesor que tenga dos cabrestantes bajos a los dos extremos, y que tenga a la mitad dos puntales de medida conveniente a los que se adapte una especie de travesaño destinado a recibir la pieza de madera que se coloca bajo la pierna, lo mismo que bajo el brazo en las dislocaciones de la espalda. Debe tener unas acanaladuras pulimentadas como si fueran canales, de una anchura y una profundidad de cuatro dedos y con unos intervalos entre ellas suficientes como para la actuación de la palanca en la reducción. En medio debe tener una excavación cuadrangular como para insertar un puntal que, al estar puesto contra el perineo, impedirá al paciente escurrirse y cuando esté sin otro uso servirá para hacer palanca. En cuanto a la plancha: teniendo un extremo en una excavación practicada en la muralla hay que empujar uno de los dos maderos de los extremos, presionando por el otro extremo, poniendo por debajo algo suave y conveniente [54].

En los casos en que un hueso se sale del velo del paladar, la nariz se hunde por su centro [55]. Los que tienen una 39

[54] Este pasaje bastante incomprensible es un resumen muy condensado de la descripción que se hace en *Art.* 47 y 75, capítulos a los que remito para su comprensión.

[55] Esta afirmación sobre una lesión del velo del paladar se corresponde casi palabra por palabra con *Epidemias* IV 19, y VI 1, 3.

contusión en la cabeza sin herida bien sea por una caída, una fractura o por compresión, a algunos de ellos les vienen humores acres por la garganta desde la cabeza y desde el lugar de la lesión en la cabeza hacia el hígado y la cadera [56].

40 Signos de desplazamientos y dislocaciones: en dónde, cómo y en qué medida difieren unos de otros; en qué casos hay fractura de la cavidad articular y en cuáles se ha roto un pequeño ligamento o a quiénes se les ha fracturado la epífisis y también en qué casos y de qué manera se han roto uno o dos huesos, cuando hay dos. Riesgos y expectativas en estos casos: cuáles son malignos y cuándo esa malignidad es (caso) de muerte, de salvación, de recuperación. Asimismo, los casos que deben ser reducidos o en los que hay que operar y cuándo, y los que no o cuándo no; expectativas y riesgos en estos casos. En qué casos y cuándo hay que operar las dislocaciones congénitas, las del período de crecimiento, las de los adultos; y qué caso es más rápido o más lento (en curarse), o qué caso es de cojera y cómo y cuál no. Y por qué y cuál caso es de atrofia; y en qué parte y cómo, en qué casos menos; y por qué los huesos rotos se consolidan más rápida o más lentamente, en dónde se dan las malformaciones y anquilosamientos, y cuál es el remedio de estas cosas. En qué casos las heridas se producen inmediatamente o tardan más; a quiénes los huesos fracturados les han disminuido y a quiénes no; en qué casos los huesos rotos se proyectan hacia fuera y en qué parte lo hacen más; en qué casos se salen o las articulaciones son prominentes. Por qué se cae en el error y se engañan en lo que ven, en lo que suponen, respecto a la enfermedad y respecto a su tratamiento.

---

[56] Un pasaje semejante puede encontrarse en *Epidemias* II 5, 4.

Reglas establecidas sobre el vendaje: preparación, pre- 41
sentación, extensión, reducción, fricción, vendaje, suspensión, posición, actitud, tiempo, régimen. Los huesos más porosos se consolidan los más rápidos y los opuestos todo lo contrario; las desviaciones, por el lado por el que se comban; atrofias de la carne y de los tendones. En la reducción, el hueso dislocado se llevará lo más lejos que se pueda del lugar del que se salió [57]. De los ligamentos, aquellos que están en zona de movimiento y húmeda son flexibles, los que no, lo son menos. Lo mejor es que allí donde haya una dislocación se haga rápidamente la reducción. No reducir al que está con fiebre, ni en el cuarto día, ni en el quinto, y aún menos en el codo. En todos los casos de pérdida de sensibilidad, la acción más rápida es la mejor; o también que presenten inflamación. Las partes arrancadas, bien sean ligamentos, cartílagos, epífisis o partes separadas en las sínfisis no pueden volver a su primitivo ser: rápidamente se forma una callosidad en la mayoría de los casos, aunque la utilización del miembro se salva. De las articulaciones, las que están en lugares más extremos son las más propensas a dislocarse [58]; y las que se dislocan más fácilmente son las que menos se inflaman; pero las que menos calor cogen y no se les da un tratamiento, son las que más vuelven a dislocarse. Hay que extender en una posición tal que el hueso dislocado quede lo más posible justo encima del otro, teniendo en cuenta la conformación y el lugar del que se salió. Acoplamiento: empujar hacia atrás en línea recta u oblicuamente; los miembros que han sufrido un retorcimiento

---

[57] Es decir, se forzará lo más posible la posición natural de la articulación.

[58] Es decir, las que están más alejadas del tronco.

súbito hay que retorcelos rápidamente, o por lo menos utilizar un método para hacerlos girar. Las articulaciones que se dislocan con frecuencia se reducen fácilmente; y ello depende de la inclinación de los ligamentos o los huesos: en los ligamentos influye la largura y flexibilidad, en los huesos la lisura de la cavidad y la redondez de su cabeza; el uso desgasta la articulación; también depende del estado, la constitución física y la edad del paciente. El tejido más bien mucoso no es propenso a inflamación.

42 En casos en que se producen heridas, sea inmediatamente (después de una fractura) con salida del hueso a través de la carne o bien más tarde con picazón e irritación, si adviertes esas cosas, soltándole la venda rápidamente y poniéndole pez sobre la herida, véndale poniendo primero el extremo de la venda sobre la herida y lo demás como si ahí no hubiera lesión. Es así como se deshinchará esa parte, supurará rápidamente, se desgajará y, bien mundificada, se restablecerá en seguida. No hay que entablillar esa parte ni tenerla oprimida. En los casos de huesos pequeños que se desprenden hay que actuar así, pero en los grandes no [59], pues hay mucha supuración y eso ya no es igual sino que (las heridas) quedan al descubierto por haber acumulación de líquidos. En tales casos en los que hay huesos que atraviesan la carne, bien que hayan sido reducidos o que por el contrario no lo hayan sido, el vendaje no es conveniente, la extensión sí. Se hacen unos ro-

[59] Se sigue en este pasaje la versión de Littré ya que la de Withington ni tiene sentido, ni él mismo la tiene en cuenta en su traducción. Para sus correcciones Littré se ha orientado por las indicaciones que *Fract.* 29 da sobre este mismo tratamiento que aquí se ha reducido. El texto queda así: *kaì hôn ostéa mḕ megála ápeisin, houtō poieîn. hôn dè megála, oú.*

detes, como los grilletes de una cadena, uno para el tobillo, otro para la rodilla, aplastados por el lado que da a la pierna, suaves y fuertes y que tengan unas anillas; unas varas de cornejo de igual tamaño en alto y grosor para efectuar la extensión; se atan a las anillas unas tiras de cuero adaptadas a los extremos de las varas en ambos lados de forma que al estar esos extremos fijados en los rodetes hagan la extensión. Tratamiento: cerato de pez caliente; posturas y posición del pie y la cadera; dieta estricta. Los huesos que se han salido hay que reducirlos en ese mismo día o al siguiente y no al tercero ni al cuarto, sino cuando haya bajado la hinchazón. La reducción con palancas; o si el hueso que va a ser reducido no tiene punto de apoyo hay que serrar lo que lo impide. De otra parte, según los huesos descarnados desprendidos, así se acortan los miembros.

Las articulaciones se dislocan unas más, otras menos. 43
Las que lo hacen menos son las más fáciles de reducir; las otras causan mayores lesiones tanto de huesos, ligamentos y articulaciones, como de la carne y de las actitudes. El muslo y el brazo se dislocan de manera muy semejante [60].

---

[60] Cf. *Art.* 61.

SOBRE LAS FÍSTULAS. SOBRE LAS HEMORROIDES

(Perì syríngōn. Perì haimorroídōn)

INTRODUCCIÓN

Los textos bastante breves de *Fístulas* y *Hemorroides* *(Fist.* y *Haem.)* pertenecen claramente a un mismo autor: el mismo espíritu, la misma factura, el mismo vocabulario, las mismas fórmulas típicas.

Incluso lo más probable es que formaran una sola obra, aunque cabe la posibilidad de que fueran dos fragmentos de una obra más amplia desaparecida. Erotiano, que los da en su lista clasificados entre los libros terapéuticos, parece no contar más que con una sola obra a la que llama *Perì haimorroídōn kaì syríngōn;* de manera que en su glosario recoge el término *thaminá* citándolo: *en tôi Perì haimorroídōn* siendo así que únicamente se encuentra en *Fístulas* [1]. Generalmente suele editarse *Fístulas* a continuación de *Hemorroides,* siguiendo el orden de dicho título de Erotiano; sin embargo, Joly, el editor al que seguimos, prefiere poner por delante *Fístulas* [2].

---

[1] Cf. *Erotiani vocum Hippocraticarum collectio,* ed. E. NACHMANSON, Upsala, 1918, págs. 9 y 44.

[2] En contra de los manuscritos que invariablemente traen en primer lugar el texto de *Hemorroides,* R. JOLY, *Hippocrate* XIII, París (BL), 1978, págs. 133-134, opina que la referencia en *Haem.* 3 a un fármaco ya mencionado es verosímilmente una alusión a *Fist.* 3, lo que, si no

El autor pertenece a la Escuela de Cnido, como bien vio Ermerins [3], lo que estaría en consonancia con la adscripción por Bourgey de ambas obritas al tipo de medicina empírica [4]. La farmacopea se adapta totalmente a la empleada por dicha escuela, con mención de la flor de cobre *(Fist.* 3) o el grano cnidio *(Físt.* 7) de tantísimo uso en los escritos sobre las *Enfermedades* I, II, III o sobre las *Enfermedades de las mujeres.* La etiología humoral con la pareja bilis-flegma es también muy típica. El vocabulario empleado para algunas funciones fisiológicas también confirmaría dicha adscripción: *katastērízō (Fist.* 7, 10; *Haem.* 1), *eksêpomai (Fist.* 4). Respecto a la cronología, Joly piensa que pertenecen al fondo antiguo de la colección, esto es, fines del s. v o principios del IV.

Estos dos textos no han sido especialmente atendidos por los estudiosos del *Corpus,* aunque son unos buenos exponentes de la Escuela Cnidia. El autor probablemente se dirige a profesionales médicos y se advierte en él a un médico lleno de experiencia, que se expresa con claridad y precisión y tiene muchas reflexiones sabrosas entre las que se podría anotar esta nota psicológica que revela a la vez su oficio y su humanidad: «Charlad con el paciente para que se le olvide la operación» *(Haem.* 4).

---

tiene por qué ser un argumento decisivo, sí que hace muy probable el orden *Fist., Haem.*

[3] F. Z. Ermerins, *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae,* París, 1864, III, pág. VIII.

[4] L. Bourgey, *Observation et expérience chez les médecins de la collection hippocratique,* París, 1953, pág. 73, piensa en la extrema variedad de los remedios a los que se acude, sin que pueda discernirse siempre la idea directriz. En su opinión, algunas prácticas denotan claramente la influencia de la antigua medicina popular; así el papel de la orina en algunos medicamentos, cf. *Haem.* 3, 5; *Fist.* 6.

En opinión de Joly, cabría comparar estos textos con los escritos *Sobre las articulaciones* y *Sobre las fracturas,* de las que son un digno paralelo en Cnido, y precisamente de una materia médica todavía más delicada. Las técnicas descritas en el tratamiento de las fístulas, más complejas que las que conciernen a las hemorroides, son tales que un especialista de hoy día reconoce todavía en ellas mucho más que los rudimentos de su arte. Y aunque nada nos asegura que su autor fuera el descubridor, eso mismo se podría decir de *Art.* y *Fract.* En el fondo, sólo la brevedad de estos dos textos y la polarización de la crítica en algunas obras del *Corpus* explican el olvido que ha caído sobre estos escritos que merecen mucha más atención de la recibida [5].

Respecto a sus contenidos, *Fístulas* trata de las fístulas del recto así como de la inflamación y de la salida de esta parte del intestino. De entre sus apreciaciones llama la atención el pronóstico demasiado exagerado sobre la gravedad de las fístulas que no se tratan (abandonadas a sí mismas), así como el que no se haga mención en la fístula rectal del método de la incisión que hoy día es muy común. No obstante, el autor acertadamente aconseja en caso de fístula sin salida sajar el trayecto fistuloso. Igualmente con acierto supo ver muy bien la especie de membrana que presentan las fístulas a la que llamó *chitōn.* Para eliminar esta membrana, reconducir el trayecto de la fístula y hacer posible la cauterización se sirvió de preparaciones catetéricas.

Hemorroides tiene un primer capítulo en el que se explica la etiología de la enfermedad: la causa de las hemorroides está relacionada con el flegma y la bilis que se fijan en el recto. Esta teoría se encuentra en otros libros hipo-

[5] Cf. R. Joly, *op. cit.,* pág. 135.

cráticos (p. ej., en *Lugares en el hombre).* El resto de la obra se dedica a su tratamiento y en ella se encuentran las indicaciones sobre la cauterización con hierro candente, sobre la excisión y sobre el empleo de catéteres. Tiene un capítulo final dedicado a las hemorroides en la mujer.

Para ambos opúsculos existen las ediciones de E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate,* París, 1849 (1962), VI, págs. 434-461, F. Z. Ermerins, *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae,* Utrecht, 1864, III, págs. 264-276 y J. E. Pétrequin, *Chirurgie d'Hippocrate,* París, 1878, vol. II. La edición seguida para la presente traducción ha sido la de R. Joly, *Hippocrate* XIII, París (BL), 1978, págs. 131-160.

M.ª DOLORES LARA NAVA

SOBRE LAS FÍSTULAS

Las fístulas proceden de contusiones y tumores y se pro- 1
ducen además por la práctica del remo y la equitación, cuando en el glúteo se da una acumulación de sangre cerca del ano. En efecto, esta sangre corrompida se extiende a las partes blandas —dado que el recto es húmedo, la carne en la que se encuentra es blanda—, hasta que el tumor revienta y pudre la parte baja del recto. Una vez que ha sucedido esto se produce una fístula y de ella fluye icor [1], fluyen también excrementos, ventosidad y mucha podredumbre. Así que proceden de contusiones, cuando alguna parte de la región anal se contusiona por un golpe, una caída, una herida, la equitación, el remo o cosas de este tipo [2]. Y así es: se concentra sangre que al corromperse

[1] Claramente aquí el icor es un humor nocivo que resulta de una corrupción de la sangre. En otros escritos del *Corpus* la cosa no está tan clara, ya que se entiende también que es un líquido orgánico que fluye por los vasos, cf. *VC* 19, nota 28. y J. Jouanna, P. Demont, «Le sens d'*ichor* chez Homère et Eschyle en relation avec les emplois du mot dans la *Collection Hippocratique*», *Rev. Ét. Anc.* 83 (1981), págs. 197-209.

[2] Tenemos aquí una de esas enumeraciones de causas de tanto sabor arcaico. Algunos autores ven en este elemento un indicio de obra de la Escuela Cnidia, cf. H. Grensemann, *Knidische Medizin, Teil I,* Berlín

produce supuración, de ella se siguen las mismas consecuencias que se han descrito para los tumores.

2 Por lo tanto lo primero es que al advertir la formación de un tumor de ese tipo lo abras en cuanto puedas, todavía crudo, sin dar lugar a que supure hacia el recto.

3 Si recibes a uno que padece ya la fístula, coge el tallo fresco de un ajo, recuesta al enfermo de espaldas, sepárale las piernas, una de un lado, otra de otro, introdúcele el tallo de ajo hasta que tope con algo y mide la profundidad de la fístula con el tallo; pica muy menuda la raíz de tordilio, vierte agua sobre ella y mantenla sumergida durante cuatro días; después de haber ayunado, el enfermo debe beber como tres ciatos [3] del agua mezclada con miel; con ese método limpia igualmente las lombrices. Aquellos que son dejados sin tratamiento mueren [4]. Luego, sumerge en jugo de titímalo una tela fina de lino, extiende sobre ella flor de cobre machacada cocida y, haciendo un canutillo en forma cónica de la misma longitud que la fístula, pasa un hilo por el extremo del canutillo y lo mismo por el tallo de ajo, recuesta al enfermo de espaldas y, mirando con un espéculo la parte corroída del recto, por ahí mete el tallo de ajo; y cuando se curve hacia el recto, agárralo bien y tira hasta que el canutillo pase del todo y haya recorrido la fístula de arriba abajo. Una vez introducido, pon en el recto un supositorio de cuerno, untado de tierra de batán [5] y déjalo estar. Cuando tenga que defecar, que lo

---

(de Gruyter), 1975, pág. 205. Para BOUROEY, *op. cit.*, pág. 73, es la búsqueda de causas externas lo que hace de este escrito un típico producto de la medicina empírica.

[3] Un ciato tiene más o menos 0,045 l.

[4] Éste es un pronóstico demasiado exagerado sobre la gravedad de las fístulas que no reciben tratamiento.

[5] La llamada en castellano cimolea, tierra arcillosa producida incluso

saque y vuelva a meterlo hasta que hayan pasado cinco días; al sexto día sácalo, arrastrando el canutillo fuera de la carne y después de eso machaca alumbre y, rellenando el supositorio y metiéndolo en el recto, déjalo hasta que el alumbre se ponga húmedo. Untar el recto con mirra, hasta que parezca cicatrizado [6].

Otro tratamiento. Coge (un hilo de) lino crudo lo más 4
fino posible, como un palmo de largo, pliégalo en cinco, y anúdale una crin de caballo; luego de prepararte una sonda de estaño agujereada en un extremo y ensartar por él el cabo del lino plegado, introduce la sonda en la fístula y al mismo tiempo haz entrar el dedo índice de la mano izquierda en el ano; cuando la sonda toque el dedo, atráela hacia fuera con él curvando el extremo de la sonda y el del lino que está en ella; saca entonces la sonda, haz dos o tres nudos a los extremos del lino y, después de enrollar el resto del lino, manténlo sujeto contra el nudo por medio de un vendaje; luego manda al paciente que se vaya a sus obligaciones. En la medida en que al corroerse la fístula el lino se distiende, hay que tensarlo y enrollarlo continuamente cada día. Si el lino se te pudre antes de que la fístula se termine de corroer, haz pasar otro hilo de lino atado a la crin de caballo y anúdalo —por eso se añade al hilo la crin de caballo, porque no se pudre—. Cuando la fístula se haya corroído del todo, hay que recortar una esponja blanda lo más fina posible y aplicarla. Después hay que introducir en la fístula con la sonda mucha flor de cobre

---

hoy día, en una de las Cícladas, en Cimolea. Este tipo de greda, empleada para la limpieza de la grasa de la lana, en los baños y barberías, era también utilizada como astringente en medicina.

[6] En opinión de R. Joly, *op. cit.*, pág. 139, nota 3, la farmacopea de este capítulo hoy día parece inútil o fantasiosa.

braseada y empapar la esponja con miel y poniendo la mitad de ella sobre el dedo índice de la mano izquierda empujar hacia dentro; aplica además otra esponja y manténla sujeta de la misma manera que se hace para las hemorroides [7]. Al día siguiente, después de retirar todo, limpia bien en derredor con agua caliente y con la esponja en el dedo de la mano izquierda intenta limpiar a fondo la fístula; aplica de nuevo con una venda flor de cobre. Hay que hacer eso durante siete días pues en ellos principalmente acaba por corroerse la membrana de la fístula [8] y por lo demás, hay que mantener ese vendaje hasta que se cure, porque de esta manera la fístula, dilatada y abierta por la esponja, no puede ni replegarse de nuevo ni curar sólo una parte mientras el resto volvería a llenarse (de líquido), sino que quedará curada toda ella. Durante el tratamiento hay que dar baños con abundante agua caliente y mantener una dieta de ayuno.

5 Si la fístula no ha penetrado totalmente [9], después de sondar con la cánula, corta hasta que llegues al fin de su recorrido, espolvorea flor de cobre y déjala allí cinco días; baña con agua caliente, extiende por encima harina amasada con agua y aplica hojas de acelga sujetas con un venda-

---

[7] Rerefencia al escrito *Haem.* 2, cf. la introducción a estos dos tratados.

[8] Los hipocráticos habían reconocido muy bien la membrana que recubre la fístula; daban a ésta el nombre de *chitōn*. En cuanto al verbo empleado para indicar la desaparición de la fístula es *eksḗpomai*, literalmente 'deshacerse una vez podrido', que aquí se traduce por «corroerse». Se ha utilizado, en el *Corpus*, en otras ocasiones para referirse a la eliminación con medicamentos de los pólipos en la nariz, cf. *Enfermedades* II 34 y *Afecciones* 5.

[9] Se entiende «en el recto». La traducción literal del término *diabebrṓkēi* sería 'ha devorado'. Piénsese que la fístula va «mordiendo la carne» y así se abre paso hasta el recto.

je. Cuando la flor de cobre desaparezca y la úlcera de la fístula esté limpia, trátala como la anterior.

Si la fístula está en una zona que no es posible cortar 6
y es profunda, inyecta flor de cobre, mirra y nitro disueltos en orina e introduce un trocito de plomo en la entrada de la fístula para que no se cierre. Hay que inyectar con el cañón de una pluma atado a una vejiga y, metido en la fístula, mantenerlo inyectado. No sanará si no se le hace un corte [10].

Si el recto se inflama y hay dolor y fiebre, si se va 7
muy a menudo al retrete y no se defeca nada y si el ano, bajo el impulso del flegma, parece salirse y a veces sobreviene estranguria, esta enfermedad se produce cuando el flegma en su descenso se fija en el recto. Convienen las cosas calientes porque pueden atenuar y fundir totalmente el flegma, y hacer exudar el humor salado junto con el acre, de forma que no haya en el intestino nada de calor ni ninguna mordicación. Así que hay que dar el tratamiento siguiente: que se siente en agua caliente y, después de triturar sesenta granos de Cnido y disolverlos en una cótila [11] de vino y media cótila de aceite, que lo caliente y se haga un lavado. Eso arrastra el flegma y los excrementos. Cuando no esté sentado en el agua, debe aplicarse a las posaderas [12] huevos cocidos en vino tinto oloroso, algo caliente extendido por bajo o una vejiga llena de agua ca-

[10] Extraña esta aseveración al estar refiriéndose a fístulas que no es posible cortar. Debemos entender que, aunque no es posible cortar la fístula del todo, por estar inaccesible, sí hay una parte a la que se le pueda hacer una incisión.

[11] Algo más de un cuarto de litro.

[12] La palabra griega, *hédra*, 'lugar de asiento' ya se ha comentado a propósito del capítulo 3 de *VC*, nota 5. Puede ser también «ano».

liente; o bien poner en cataplasma de la manera más caliente que se pueda grano de lino tostado, molido, machacado y mezclado con vino tinto oloroso y aceite con la misma cantidad de harina; o también poner la cataplasma con una mezcla de cebada o alumbre egipcio triturado y dar fomentos de vapor. A continuación, después de hacer un supositorio grande y calentarlo al fuego, dale forma con los dedos y luego, ligeramente caliente, introdúceselo en el ano; las partes exteriores hay que untarlas con cerato y poner una cataplasma de ajos cocidos en vino tinto aguado. Cuando lo hayas retirado, hazle sentar en agua caliente y habiendo mezclado jugo de hierba mora, grasa de ganso y de cerdo, crisocola, resina y cera blanca, fúndelo luego todo junto, úntaselo y, mientras persista la inflamación, ponle cataplasmas de ajos calientes. Y si con estas cosas el dolor cesa, sea suficiente; pero si no, hazle beber adormidera blanca, o si no cualquier otra cosa que evacúe el flegma. Mientras haya inflamación hay que llevar una dieta de purés ligeros.

8 La estranguria sobreviene por los siguientes motivos: la vejiga, recalentada por el recto, gracias al calor atrae hacia ella flegma y la estranguria se produce por causa del flegma. De manera que si con la enfermedad [13] desaparece —y suele ser así la mayoría de las veces—, bien; pero si no, dale algún preparado para la estranguria.

9 Si el recto se sale, empuja para adentro con una esponja suave y frótalo con caracol; atando por las manos al enfermo tenlo suspendido un momento y (el recto) entra.

---

[13] La estranguria es sinónimo de disuria, dificultad en la micción. No es la enfermedad: recuérdese que la estranguria de la que aquí se habla es consecuencia de la inflamación del recto causada por el flegma a la que se ha referido el capítulo anterior.

Si la parte que se sale es demasiado grande y no queda dentro nada, rodeando con un cinturón los costados, pasando por detrás bajo el cinturón una faja y empujando para adentro el recto, aplícale una esponja suave empapada en agua caliente en la que hayan hervido virutas de almez; con esta misma agua irriga el recto y estruja la esponja. Luego, pasando la faja por entre los muslos, átala a la altura del ombligo. Cuando quiera hacer de vientre que lo haga sobre el orinal de boca muy estrecha; si se trata de un niño, que lo haga entre los pies de una mujer, sujeta su espalda por las rodillas de ella [14]. Y cuando defeque que extienda las piernas, pues así el recto no se sale. Si el recto se humedece y fluye icor hay que lavar con poso de vino quemado y con agua de rusco; poniendo a secar adianto y machacándolo, pásalo por un tamiz y espolvoréalo. Si hay hemorragia, haz un lavado con esas mismas cosas y machaca serrín de ciprés, cedro, pino o terminto con igual cantidad de sulfato de cobre, aplícalo en cataplasma y embadurna la parte exterior con cerato espeso. Cuando el recto se salga y no quiera permanecer en su sitio, pon una cataplasma con silfio del mejor muy finamente rayado. Aplica a la nariz del paciente un medicamento estornutatorio y excítale. O bien restregando granadas con agua caliente y machacando alumbre con vino blanco irrígalo en el recto y luego mete unas tiras de tela y átale los muslos durante tres días; que se mantenga en ayunas y beba vino dulce. Si así tampoco se queda el recto en su sitio, mezcla arcilla ocre con miel y úntaselo. Si el recto se sale y sangra, cogiendo raíz de aro y quitando la corteza cuécela en agua, luego machácala mezclada con harina de trigo y pónsela en una cataplasma caliente. Otra

[14] Para mantenerle las nalgas bien apretadas.

(fórmula): coge las raíces más tiernas de la viña silvestre, a la que algunos llaman *psilóthrion,* y cuécelas rayadas en vino tinto astringente sin aguar; luego las machacas y las aplicas tibias en cataplasma; o también mezcla harina de cebada y haz una masa tibia con vino blanco y aceite. Otra: machaca grano de cicuta, vierte por encima unas gotas de vino blanco oloroso y a continuación ponlo en una cataplasma templada. Si hay inflamación cuece en agua raíz de hiedra, tritúrala muy fina, mézclala con harina de la mejor y amasándola con vino blanco ponla en cataplasma después de haber añadido algo de grasa a la mezcla. Otra: raíz de mandrágora, sobre todo la verde y si no, seca; la verde, bien limpia y cortada en trozos, hay que cocerla en vino aguado y ponerla en cataplasma; la seca machácala y ponla también en cataplasma. Otra: pon la cataplasma con la parte de dentro de un melón muy finamente triturada.

10 Si llega a haber dolor y no hay inflamación, después de cocer nitro rojo y machacar muy finamente alumbre pon al fuego sal, tritúrala muy fina y haz una mezcla con la misma cantidad de cada cosa. A continuación, echas a ese mezcla la mejor pez que tengas, impregnas con ello una tira de tela, lo aplicas y sujetas con una venda. Otra (fórmula): machacadas unas hojas verdes de alcaparra, se ponen dentro de una bolsita y se mantiene sujeta (contra el ano); cuando parezca que quema hay que retirarla y volverla a aplicar. Si no hay hojas de alcaparra, machacando la corteza de la raíz y amasándola con vino tinto, aplícala en vendaje de la misma manera. Esto también es bueno para el dolor de bazo.

De estas cataplasmas, las que enfrían impiden los flujos, las que suavizan y calientan disuelven y las que atraen hacia sí secan y reducen. Esta afección se produce cuando

bilis y flegma en su descenso se fijan en la zona. Cuando el recto se inflama, hay que untar un medicamento en el que entre la resina, el aceite, la cera, el sulfuro de plomo y la grasa; estas cosas deben aplicarse lo más calientes posible.

SOBRE LAS HEMORROIDES

La afección de hemorroides se produce de la siguiente manera. Cuando la bilis o el flegma en su descenso se adhieren a las venas que hay en el ano, calientan la sangre dentro de las venas y, calentadas éstas, atraen hacía sí la sangre de las venillas que tienen en su entorno, con lo que, repletas de sangre, la parte interior del ano aumenta de volumen; los extremos de las venas sobresalen y al tiempo, aplastadas por las heces que salen y, de otra parte, violentadas por la acumulación de sangre, proyectan al exterior una punta de sangre, fundamentalmente con el excremento pero también a veces sin la defecación [1]. 1

Hay que tratarlas como sigue: primero dispónte a conocer en qué sitio están. Cortar, cercenar, coser, quemar 2

[1] La doctrina humoral tan típicamente hipocrática, manifestada aquí en dos humores, bilis y flegma, aparece como una especie de hipótesis muy general a la que siempre es posible recurrir en casos problemáticos y poco claros. La ausencia de una preocupación rigurosa por su verificación facilita el que se puedan aportar todo tipo de precisiones de detalle, tales como las que en este capítulo se dan. Las verdaderas causas de las hemorroides son evidentemente otras. En primer lugar pueden ser hereditarias. También la alteración de las mucosas que recubren las venas y la sedentariedad son factores decisivos.

y corroer —cosas esas que parecen muy terribles—, al ano no le pueden causar ningún daño [2]. Yo recomiendo preparar siete u ocho varitas de hierro, de largo como un palmo y de espesor como el de una sonda gruesa; por uno de los extremos hay que curvarlas y en él debe haber una parte plana como un pequeño espetón. Después de haber purgado al enfermo el día anterior a aquel en que vayas a cauterizar, recostándolo de espaldas y poniéndole un almohadón bajo la cintura, tienes que tirar para fuera del ano con los dedos haciendo la mayor fuerza posible, poner las varitas al rojo vivo y cauterizar hasta que deseques totalmente y de forma que no haga falta un ungüento [3]; hay que cauterizar no dejando ni una sola hemorroide sin quemar, sino que las quemarás absolutamente todas [4]. Reconocerás sin dificultad las hemorroides, pues sobresalen en el interior del recto como granos de uva lívidos; al mismo tiempo forzando hacia fuera el ano proyectan al exterior una punta de sangre. Cuando se cauterice, sujétese a los enfermos de la cabeza y por las manos para que no se muevan; que el enfermo grite mientras se le quema por-

---

[2] El médico habla con toda seguridad de algo en lo que probablemente había adquirido una enorme experiencia a lo largo de su vida profesional.

[3] Este pasaje ofrece alguna dudas sobre cómo traducir la expresión *hópōs mè hypaleípsēis* que Littré interpreta «para no tocar ligeramente» (lo que no da gran sentido) y Joly, como aquí también se hace, por «para no tener necesidad de ungüento». Ya hemos visto en *Fist.* cómo se empleaban fármacos cuya función era la de corroer el tejido nocivo. Aquí bastaría la cauterización para suprimirlo.

[4] Esta recomendación de desecar totalmente la hemorroide parece entrar en conflicto con *Aforismos* VI 12, en donde se recomienda en las hemorroides crónicas no quitarlas todas y dejar una. De ahí que muchos comentaristas y editores de *Aforismos* suprimían la palabra *mían* y dejaban el texto simplemente en «conviene tomar precauciones».

que así el ano se le sale más [5]. Después de la cauterización cuece en agua lentejas y arvejas, tritúralas muy finas y ponlas en cataplasma durante cinco o seis días; al séptimo, recorta un trozo de esponja suave lo más delgado posible, en total de anchura como seis dedos, y luego coloca sobre la esponja unas hilas suaves y finas de igual tamaño que la esponja e imprégnalas con miel; después, pasando el dedo índice de la mano izquierda bajo la mitad de la esponja, empuja lo más adentro del ano que puedas y a continuación aplica sobre la esponja un vellón de lana para que en el ano no se mueva nada. Cíñele un cinturón en las caderas y, pasándole una faja desde atrás por abajo, recogiendo desde los muslos el vendaje, átaselo al cinturón en el ombligo. Aplícale con una venda el medicamento al que me referí [6], que pone prieta la carne y hace que crezca fuerte. Estas aplicaciones con la venda no deben hacerse menos de veinte días. De comer, una vez al día harina de cebada, mijo o cascabillo de trigo y, de beber, agua. Si hace de vientre, que se lave con agua caliente. Debe lavarse cada tercer día.

Otro tratamiento. Saca hacia afuera el ano todo lo que 3
puedas, aplica fomentos con agua caliente y corta luego los extremos de las hemorroides. Para la excisión debe prepararse de antemano el siguiente medicamento. Orina en un recipiente de cobre y espolvorea sobre la orina flor de cobre braseada y triturada muy fina, luego pásala por un

[5] Volvemos a ver en esta expresión al médico experimentado que conoce perfectamente su cometido y sabe que no debe dejarse llevar por la sensiblería ante un beneficio terapéutico.

[6] Ya desde Foes (uno de los primeros editores y comentadores de Hipócrates, s. XVI) se piensa que posiblemente el medicamento aquí aludido es el compuesto de alumbre y mirra prescrito al final de *Fist.* 3, para cicatrizar.

tamiz y agitando el recipiente ponla a secar al sol [7]. Cuando se haya secado, rállala, tritúrala bien y aplícala con el dedo; pon luego compresas aceitadas y una esponja sujeta con una venda.

4 Una especie de verruga redonda semejante al fruto de la mora crece empujando a la vena sanguínea [8]. Si el condiloma está muy hacia fuera, alrededor le crece como una protección carnosa. Así que, haciendo sentarse al individuo en cuclillas sobre dos pilares, observa; en efecto, encontrarás la zona entre los glúteos hinchada en torno al ano y la sangre fluyendo hacia el interior. Si bajo la capa de carne el condiloma cede quítalo con el dedo, pues no es más difícil que meter el dedo entre la piel y la carne de un cordero al desollarlo; además, mientras lo haces, distrae al paciente hablando [9]. Si le has quitado el condiloma, por fuerza han de fluir chorros de sangre de toda la ablación; hay que lavar eso con vino astringente en el que hayas puesto a remojo agallas de roble. La vena sanguínea

[7] Resto de ese tipo de medicina popular arcaica y precientífica, cf. lo dicho en la nota 4 de la Introducción.

[8] *Haimatîtis* o lo que viene a ser «la que está llena de sangre». Recuérdense otros casos en que el sufijo *-îtis* ha servido para dar nombre a las venas, *hepatîtis, splenîtis.*

[9] Los tratados del *Corpus* están llenos de información sobre la actividad cotidiana del médico griego. Las recomendaciones de este tipo como la que aquí se nos presenta son las que nos hacen ver al médico cercano al enfermo, que habla de su propia experiencia. A diferencia del considerado por Platón *(Gorg.* 465a) como el verdadero hombre de arte, el *technítēs,* el que sabe dar razones, éste que tenemos en *Haem.* es el practicante que aplica los conocimientos y la experiencia que ha adquirido en el curso de su aprendizaje. Es el que compara el quitar un condiloma con desollar a un cordero, pero también el que muestra su cercanía con el enfermo recomendando que se le hable para distraerlo ante lo desagradable de la intervención.

se retirará con el condiloma y la capa de carne se reducirá; cuanto más antigua sea ésta más fácil será la curación [10].

Si el condiloma está más arriba, hay que explorar con 5
el espéculo y no dejarse engañar por él. En efecto, al estar completamente abierto (el ano), en su superficie el condiloma se hace liso, mientras que al cerrarse vuelve a destacar bien. Hay que quitarlo untando el ano con eléboro negro y luego al tercer día poner una irrigación con vino astringente. Si no fluye la sangre cuando hayas quitado el condiloma, no te extrañes, pues tampoco fluirá sangre si haces un corte en las articulaciones de los brazos o las piernas, mientras que si lo haces arriba o abajo de las articulaciones encontrarás las venas huecas por las que corre la sangre y difícilmente encontrarías recursos para retenerla. Lo mismo pasa con la hemorroide en el ano: si cortas arriba o abajo del lugar en que has quitado el condiloma, fluirá la sangre, pero si lo extirpas en el sitio mismo de su implantación, no fluirá [11]. De manera que si así se reduce baste con ello, pero si no, cauteriza cuidando de no tocarle con el hierro sino que acercando los hierros sécale y aplícale el emplasto de la flor de cobre en orina.

Hay que prepararse un cauterio de hierro que sea como 6
el cañizo de los setos [12] y adaptar un hierro que ajuste

---

[10] La afirmación es correcta: cuanto más fibroso es el condiloma, tanto más fácil es de extirpar.

[11] Esta afirmación parece que no se corresponde con la realidad, de la misma manera que causa extrañeza el que un corte en las articulaciones, como se acaba de decir, no provoque hemorragia. Piensa M. P. Duminil, *op. cit.*, pág. 141, n. 3, que quizá hay que entender que los cortes se hacían no por la parte cóncava de la articulación sino por la contraria.

[12] Esto es, que el hierro esté hueco. Hay que suponerlo como un tipo de cánula de las muchas que se empleaban en la medicina antigua

perfectamente; después, metiéndole la cánula por el ano introdúcele el hierro al rojo vivo y sácalo con frecuencia para que soporte más el calor. El excesivo calentamiento no le producirá llaga y las venas una vez secas curarán.

7 Si no quieres ni quemar ni cortar, da fomentos con abundante agua caliente y haz salir hacia fuera el ano, tritura mirra y agalla de roble muy menudos, quema alumbre egipcio, una medida y media con relación al resto, y la misma cantidad de betún de zapatero; utiliza esas cosas secas. La hemorroide se desprenderá con esos medicamentos como un trozo de cuero cuando se quema. Hay que hacer eso hasta que las hagas desaparecer todas. También tiene el mismo efecto una mitad de sulfato de cobre requemado.

8 Si deseas curar con supositorios: hueso de sepia, un tercio de sulfuro de plomo, asfalto, alumbre, un poco de flor de cobre, agalla de roble, un poco de orín de cobre; echas por encima miel hervida, y haciendo un supositorio bastante largo lo aplicas hasta que desaparezcan las hemorroides.

9 La hemorroide en la mujer debe curarse así: hay que dar fomentos con abundante agua caliente —en el agua hierve plantas aromáticas— y, triturando tamarisco, litargirio cocido y agalla de roble, vino blanco, aceite y grasa de ganso, lo machacas todo junto y se lo das para que se lo unte después de los fomentos. Hay que dar el baño al ano procurando sacarlo lo más posible [13].

---

para todo tipo de intervenciones, tanto en reconocimientos como en terapias. Los escritos cnidios atestiguan muy especialmente este instrumento.

[13] A pesar de que un capítulo dedicado a las hemorroides en la mujer no extraña, dada su mayor incidencia en ella por diversas causas, no se entiende muy bien por qué se habla de un tratamiento particular y específico.

SOBRE LAS ÚLCERAS
(Perì tôn hélkōn)

INTRODUCCIÓN

El tratado *Sobre las úlceras (Ulc.)* fue atribuido a Hipócrates tanto por Galeno como por Erotiano, que lo clasifica entre los libros de contenido terapéutico. Catalogado por Littré [1] entre los escritos del *Corpus Hippocraticum* que carecen de testimonios suficientes para ser atribuidos al mismo Hipócrates es, en su opinión, uno de los que llevan el sello de la Escuela de Cos. La crítica moderna se ha ocupado muy poco de él. Recojo aquí la opinión de Bourgey, para el que, frente a la opinión de Littré, este escrito tiene afinidades con los tratados *Sobre las fístulas* y *Sobre las hemorroides*, lo que significa que más bien pertenecería al grupo de medicina empírica propia de Cnido [2]. Las semejanzas no sólo las ve este autor en la expresión y el estilo, frecuentemente salpicado de listas y enumeraciones, sino también en algunos de los métodos terapéuticos tales como la superabundancia de los medicamentos empleados [3]. No obstante, Bourgey se inclina por colocar

[1] E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, París, 1839-64, vol. I, pág. 352 y sigs.

[2] L. Bourgey, *Observation et expérience chez les médecins de la collection hippocratique*, París, 1953, págs. 73-74.

[3] Dice Bourgey, *op. cit.*, pág. 74: «nous sommes en pleine polypharmacie».

el escrito dentro del área de influencia del tratado *Sobre los lugares en el hombre.*

El escrito contiene muchos y sabios preceptos para el tratamiento y curación de las heridas [4]. Se advierte en él el resultado de una experiencia bien empleada y de una práctica bien llevada. Acaba con un gran número de preparaciones farmacéuticas. Su contenido podría resumirse así: capítulos 1-11: indicaciones generales diversas sobre las heridas y su tratamiento: vendaje, comidas, movimiento, probabilidad de inflamación, sangrías, heridas antiguas y recientes, purgación del vientre, estación, cicatrices, hinchazones; capítulos 11-23: recetas de emplastos y medicamentos para las heridas; capítulos 24 al 27: indicaciones sobre la flebotomía.

Aparte de la edición seguida para la presente traducción, que ha sido la de E. Littré, *op. cit.*, vol. VI, págs. 389-433, este tratado puede encontrarse en F. Z. Ermerins, *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae,* 3 vols., Utrecht, 1859-1864, vol. III, págs. 247-263, y en J. E. Pétrequin, *Chirurgie d'Hippocrate,* 3 vols., París, 1878, vol. I. En cuanto a las traducciones, son dignas de mención las de F. Adams, *The genuine works of Hippocrates,* 2 vols., Londres, 1849, vol. II, y la de R. Fuchs, *Hippocrates, Samtliche Werke,* 3 vols., Múnich, 1895-1900.

M.ª Dolores Lara Nava

---

[4] El término *hélkos* puede valer tanto para la úlcera como para la herida externa. Aquí se emplea en este segundo sentido.

SOBRE LAS ÚLCERAS

Ninguna herida debe ser humedecida, excepto con vino, 1
a menos que esté en una articulación, pues lo seco está más próximo a lo sano y lo húmedo a lo que no está sano; así que la herida es húmeda y lo sano es sequedad. Es mejor dejar sin vendaje aquello a lo que no se aplica un emplasto; y algunas heridas no admiten que se les ponga un emplasto [1], y menos que las antiguas (lo admiten) las recientes y las que están en las articulaciones. Conviene comer ló menos posible y beber agua en todo tipo de heridas, pero más conviene a las recientes que a las antiguas, y a la que está inflamada o está a punto de estarlo y a la que corre peligro de esfacelarse, y a las heridas e inflamaciones que están en las articulaciones, y cuando hay riesgo de que sobrevengan espasmos, y a las heridas en el vientre; de todas, a las que más conviene (comer poco y beber agua) es a las fracturas en la cabeza, en el muslo y en cualquier otra parte en donde haya fractura. Para las heridas no conviene en absoluto estar en pie y, por otro lado, si la herida está en la pierna, tampoco estar sentado ni caminar; en cambio son muy convenientes el reposo y la

[1] Cf. lo que se dice en *VC* 13 y en *Art.* 40.

quietud. Ninguna herida reciente se inflamaría, ni ella ni los tejidos de su entorno, si se la hiciera supurar rápidamente y no se mantuviera retenido el pus por la abertura de la herida, o bien si no se dejara que se formara pus, salvo el mínimo necesario, sino que se mantuviera la herida lo más seca posible con un medicamento no irritante. En efecto, la calentura se produce cuando se da escalofrío y palpitación; ahora bien, las heridas se inflaman en el momento que están a punto de supurar y supuran cuando la sangre se altera y se calienta hasta que, corrompida, se hace pus [2]. De tal tipo de heridas, cuando alguna parezca necesitar un emplasto, no hay que aplicarlo a la propia herida, sino a la zona que la rodea, para que el pus se retire y las partes endurecidas se ablanden. La herida que se ha hecho con un dardo puntiagudo que corta o arranca limpiamente, admite un medicamento que detenga la hemorragia [3] y, secándola, impida que supure la herida. Pero cualquier carne que por causa de un dardo esté magullada y machacada hay que curarla para que rápidamente supure, pues la inflamación es menor y, necesariamente, las carnes magulladas y aplastadas, corrompidas y hechas pus, se funden y luego echan carnes nuevas.

2 A toda herida reciente, si no es en el vientre, le conviene que se deje correr más o menos sangre de ella enseguida, pues se inflama menos ella misma y la zona de alrededor. De las que son antiguas conviene hacer fluir la sangre

---

[2] La misma idea de que el pus procede de una corrupción de la sangre se encuentra en *Sobre las enfermedades* I 17, así como en *Fist.* 1.

[3] En griego *phármakon énaimon*. El nombre (de *en* «en» y *haîma* «sangre») se daba a medicamentos de inmediata aplicación en heridas recientes. La composición de estos *phármaka* podía ser muy variada, cf. CELSO, V 19.

en abundancia cuando parezca el momento oportuno, tanto de la herida misma como de las partes vecinas y, en todo caso, si la herida está en una pierna o en un dedo del pie o de la mano más que en cualquier otro sitio del cuerpo ya que, al dejar correr la sangre, se quedan secas y reducidas. Y es que en especial a estas heridas, pero también a todas las demás las impide curarse la putrefacción de la sangre y cualquier otra cosa que haya sucedido derivada de una alteración de la sangre. Conviene que después de salir la sangre se ponga sobre tales heridas una esponja tupida y suave, cortada, más seca que húmeda, y poner por encima de ella muchas hojas. El aceite y los medicamentos emolientes o aceitosos no convienen a ese tipo de heridas, a menos que estén ya encaminadas a la curación. Tampoco a las heridas recientes les conviene el aceite, ni los medicamentos emolientes ni los grasos, especialmente si la herida necesita mundificarse más. En suma, el aceite hay que emplearlo, sea en verano o en invierno, en aquellas heridas para las que necesitamos tales medicamentos.

A la mayoría de las heridas les va bien que se haga 3
una purgación de la cavidad baja, tanto si se producen en golpes en la cabeza como si son en el vientre o en las articulaciones, y a cuantas corren peligro de esfacelarse y las que están con suturas, las mordicantes y las serpiginosas, y en general a las crónicas y a cuantas se van a vendar.

No se deben aplicar los medicamentos en emplasto antes 4
de haber dejado bien seca la herida. Una vez hecho, entonces hay que aplicarlos y enjugar la herida muchas veces con una esponja; luego, poniendo con frecuencia sobre ella una compresa seca y limpia y aplicando así el medicamento que parezca ser conveniente, vendar o no vendar.

5 Para la mayoría de las heridas la estación cálida es más favorable que el invierno, excepto para las que están en la cabeza y en el vientre, y más favorable aún es el equinoccio.

6 Las heridas que antes de estar bien limpias según conviene están siempre empezando a brotar, ésas especialmente se hacen fungosas. En cambio las que, estando bien limpias y según conviene, se las trata para que estén cada vez más secas, excepto si hay contusión, ésas generalmente no se hacen fungosas.

7 Si un hueso, de cualquier parte del cuerpo que sea, se exfolia bien por una cauterización, por haber sido trepanado o de otra manera, las cicatrices de esas heridas son más profundas [4].

8 Las heridas que no están totalmente limpias no quieren cicatrizar aunque les juntes los bordes, ni tampoco lo hacen por sí solas. A las que se les inflaman las zonas de alrededor, hasta que no cesa la inflamación no quieren cerrarse; ni a las que la zona que las rodea se les pone negra por una corrupción de la sangre, o también por haber una variz que origine un derrame de sangre, tampoco ésas quieren cicatrizar, a menos que cures la parte de alrededor. A las heridas redondas, si son profundas, hay que cortarles las partes separadas siguiendo el círculo o hasta completarlo del todo a la mitad, en el sentido de la altura del hombre [5].

---

[4] La misma idea en *Aforismos* VI 45, donde la exfoliación del hueso es consecuencia de úlceras persistentes.

[5] Una glosa marginal explica que a las heridas de forma circular hay que darles forma alargada; cf. a ese propósito los caps. 13 y 14 de *VC*.

Si a consecuencia de una herida, de cualquier tipo, sobreviene erisipela [6], hay que purgar el cuerpo en la dirección que necesite, sea por arriba, sea por abajo. 9

En la herida a la que le sale al lado una hinchazón sin estar ella misma inflamada, al pasar el tiempo la hinchazón tiene un absceso. Cualquier parte hinchada y con inflamación que no se deshincha al tiempo que lo hicieron las demás que comenzaron a inflamarse e hincharse con ella, también ésa tiene el peligro de no cerrarse al mismo tiempo. Las heridas producidas por una caída o de cualquier otra manera, las que son cortes y contusiones, y en las que se hinchan las partes vecinas a la herida y, al supurar, el pus sale de la hinchazón por la herida, cualquiera de tales heridas a las que creas que debes ponerles un emplasto, éste no debes aplicarlo a la propia herida, sino a la zona que la rodea, para que salga el pus y las partes endurecidas se suavicen. Después que se haya suavizado y cese la inflamación, hay que aplicar esponjas a las partes separadas y vendar empezando por adentrarse un poco en la parte sana; sobre las esponjas pónganse muchas hojas. Cuando una herida no puede cerrarse, la causa es que la carne está húmeda: esa carne hay que quitarla. Si la herida penetra profundamente bajo la carne, por dos motivos se hace varicosa, por causa del vendaje o por la presión. Si sajas semejante herida, córtala dilatándola bien con la sonda, si es que la admite, a partir de la entrada (de la herida), cuando parezca el momento oportuno, y entonces hazle la cura que en tu opinión necesite. Generalmente en cualquier herida que tenga un seno en línea recta, manifiesto a la vista al no haber tumefacción, si en su interior hay 10

[6] En la colección hipocrática la erisipela significa *enrojecimiento* e *inflamación* de los tejidos.

corrupción o por debajo la carne está fungosa y corrupta, esa herida y las partes vecinas aparecerán negras sublívidas [7]. Tratándose de heridas que devoran, en donde haya úlcera cancerosa [8] y ésta se extienda y devore con el máximo de fuerza, en ese lugar las partes vecinas tendrán un color negro sublivido.

11 Emplastos para las hinchazones y la inflamación de las partes vecinas. El verbasco cocido, las hojas crudas del trébol, las hojas hervidas de la siempreviva y el poleo. Si además hace falta mundificar la herida, todas esas cosas también lo hacen e igualmente las hojas de higuera y de olivo y el marrubio. Hay que hervirlo todo, especialmente el sauzgatillo, la higuera y el olivo y hay que hervir así mismo las hojas de granada. Las siguientes cosas se deben emplear crudas: hojas de malva machacadas en vino y hojas de ruda y de orégano verde; todas esas cosas hay que mezclarlas con el fruto del lino desecado y machacado muy fino. Cuando hay riesgo de que se produzcan erisipelas por causa de heridas [9] hay que aplicar un emplasto de hojas de glasto machacadas con lino o bien aplicarlo empapando el lino en el jugo de la hierba mora o del glasto. Cuando la herida esté limpia pero esté inflamada, ella y la zona que la rodea, después de hervir en vino unas lente-

---

[7] Sigo la versión que nos ha transmitido el texto de la Vulgata porque Littré conjetura en exceso. Opina que no es admisible lo que aquí se dice porque no hay una correcta concatenación de las ideas. Piensa «¿por qué decir que la herida se pone lívida si es perfectamente visible?». Su interrogante le lleva a suponer una laguna que yo no creo haya que recoger aquí.

[8] Griego *phagédaina* (de *phagéō).* Son úlceras cancerosas que devoran y corroen el tejido; cf. *Sobre los aires...* 10 y n. 63 en *Tratados hipocráticos* II (B. C. G., núm. 90, Madrid, 1986, pág. 63).

[9] Cf. cap. 9.

jas, tritúralas en puré fino y aplícalas en emplasto cocidas con un poco de aceite; pon un vendaje. También, hirviendo en agua unas hojas de rosa mosqueta y triturándolas finas, poner la cataplasma extendiendo una fina compresa limpia, empapada en vino y aceite. Cuando quieras cerrar una herida, debes preparar las hojas de rosa mosqueta de la misma manera que el puré de lentejas. Mastuerzo, vino y semilla de lino se mezclan muy bien. Y también esto: fruto de lino, sauzgatillo crudo y alumbre de Melos, empapados en vinagre.

Después de machacar uva agraz blanca y pasarla por 12
un colador a un recipiente de cobre puro, ponerla al sol por el día y meterla por la noche para que no le caiga rocío; removerla constantemente durante el día, para que se seque uniformemente y absorba lo más que pueda del cobre, y dejarla al sol el tiempo suficiente como para que se ponga espesa como miel. Verterla luego en un pote de cobre, y también miel de la mejor calidad y vino dulce en el que haya hervido de antemano resina terebintina: cocer la terebintina con el vino hasta que se endurezca como la miel cocida, sacarla luego y el vino verterlo (al pote); que lo más abundante sea el zumo de la agraz, en segundo lugar el vino, en tercero la miel. Después de triturar muy fina mirra de la que gotea del árbol y de la mejor calidad, diluirla en el mismo vino, echándoselo por encima poco a poco; luego, cocer aparte la mirra con el vino removiéndola y, cuando te parezca que tiene ya un buen espesor, verterla sobre el zumo de la agraz. Desecando el mejor nitro, mezclarlo lentamente con el medicamento en menor cantidad que el nitro. Después que hayas mezclado estas cosas hay que cocerlas durante no menos de tres días con un fuego ligero de maderos de higueras o carbones, para que no se requemen; ninguna de esas cosas debe deshidra-

tarse y no hay que humedecer las heridas en el sitio en el que se unte este preparado. Utilícese este medicamento para heridas antiguas, para recientes, para el prepucio y para heridas en la cabeza y el oído [10]. Otro medicamento para esas mismas heridas: bilis de buey seca, miel de la mejor calidad, vino blanco. Se ponen a hervir en ello virutas de almez, incienso, otro tanto de mirra, lo mismo de azafrán, flor de cobre; la misma cantidad de líquidos: vino lo que más, en segundo lugar miel, bilis muy poca.— Otro medicamento: vino y miel de cedro [11] en pequeña cantidad; otras cosas secas, flor de cobre cocida, dos mitades de mirra, tres partes de azafrán, un poco de miel (todo ello) cocido con vino.— Otro: una parte de incienso, una de mirra, una de agalla de roble, tres partes de azafrán; triturando muy fina cada una de estas cosas, secas, se mezclan después y se ponen durante tres días al sol más caliente posible, vertiendo sobre ellas zumo de uva agraz hasta que la mezcla se ponga pegajosa; luego diluirla echándole poco a poco vino tinto astringente oloroso.— Otro: cocer en vino dulce blanco raíces de coscoja y cuando parezca que están bien se trasvasa y se hacen dos partes de este vino y una parte de hez de oliva lo más seca posible; cocerlo luego a fuego lento agitando para que no se queme, hasta que parezca tener una buena consistencia.— Otro: lo mismo que el anterior, pero en vez de vino que sea vinagre blanco, empapar en ellos unos copos de lana bien grasienta y, después de verterlo con la hez de oliva, cocer;

---

[10] Se trata en este capítulo de distintas recetas para mundificar ese tipo de heridas.

[11] En realidad es la resina o savia del árbol llamado oxicedro, muy frecuentemente confundido con el enebro. Esta resina es dulce, de ahí que el griego emplee la palabra *méli*.

echar jugo de cabrahigo y alumbre de Melos y mezclarlo con flor de cobre y nitro, ambas cosas cocidas. Este último limpia las heridas mejor que el anterior, pero no las seca más.— Otro: empapar los copos de lana en un mínimo de agua, luego, vertiéndole encima una tercera parte de vino, cocer hasta que esté bien de espesor. Con estos medicamentos será posible hacer supurar las heridas recientes con rapidez.— Otro: extender [12] aro seco y tapar.— Triturando corteza verde de rama de higuera con jugo de higo, aplicarlo con vino o también sin vino pero con miel.— Otro: vinagre en el que se harán cocer virutas de almez, que sea vinagre blanco; luego mezclarle hez de oliva y agua de pez antes de que haya hervido; untar, aclarar y vendar.

Las sustancias secas impiden que las heridas recientes 13
supuren si antes se las ha limpiado con vinagre o con una esponja empapada en vino. Esparcir sobre ellas plomo molido pulverizado con ceniza de cobre de Chipre; extender también escamas de almez y viruta de cobre, alumbre y sulfato de cobre con el cobre, o solo y con las escamas de almez. Por lo demás, cuando haga falta utilícense dichas sustancias secas, y también óxido *iliriótide* [13] muy fino con las escamas de almez y las mismas escamas ellas solas y la flor de plata sola muy fina, y también rallando aristoloquia y machacándola muy fina extenderla sobre la herida.

Otro (medicamento) que detiene la hemorragia: mirra, 14
incienso, agalla de roble, herrumbre, flor de cobre cocida,

---

[12] Probablemente sobre la zona herida, pero el texto en este lugar es todo él dudoso.

[13] Transcribo el griego *illyriỗtis* porque, aunque lo más probable es que este óxido deba su nombre a que el metal del que procede se encuentre en alguna parte de Iliria, no se sabe con exactitud de qué se trata.

alumbre egipcio cocido, flor de viña silvestre, vellones de lana grasienta, sulfuro de plomo: de cada una de estas cosas la misma cantidad; su disolución en vino de la misma manera que en la receta anterior y lo mismo en el resto de la preparación.— Vinagre blanco el más ácido posible, miel, alumbre egipcio, nitro del mejor, ligeramente braseado: con todo ello cocerá un poco de bilis. Este preparado limpia la carne fungosa, ahueca la herida y no la irrita.— Otro: la hierba de pequeñas hojas, a la que se llama matricaria de hoja menuda, que elimina las verrugas grandes del prepucio, el alumbre-sulfato de cobre, la tierra aluminosa de Melos al natural, el elaterion [14] seco pulverizado, extenderlo, e igualmente la piel de granada seca pulverizada.

15 A las (heridas) cóncavas que están limpias les hace crecer la carne la hierba llamada pata de liebre, semejante al cascabillo de trigo cuando está seca, de hoja pequeña, igual que la del olivo pero más alargada; también la hoja del marrubio con aceite.— Otro: el interior, la parte grasa y la parte melosa del higo muy seco, dos partes de agua y una parte del fruto del lino no demasiado tostado y lo más molido posible.— Otro: higo seco, un poco de flor de cobre molida y jugo de higuera.— La pulpa del higo seco, camaleón negro, bilis seca de buey; lo demás igual. Esos son los medicamentos secos.— Mastuerzo desmenuzado crudo, erísimo, la misma cantidad de cada uno, dos partes de higo seco, otras dos del fruto de lino, jugo de

[14] El elaterion es el extracto de la planta conocida con el nombre de «cohombrillo amargo» de un gran uso en medicina antigua. Cuando Dioscórides habla extensamente de ella en los caps. 105 y 106 del libro I y en el 150 del libro IV de su *Materia médica,* por lo menos dieciséis siglos antes la medicina egipcia ya utilizaba esta planta, según se desprende del famoso *Papiro «Ebers».*

higuera. Cuando utilices alguno de estos medicamentos, pon sobre ellos unas comprensas empapadas de vinagre y por encima de ellas una esponja, luego un vendaje y oprime un poco más. Si las zonas de alrededor se inflaman, pon el emplasto que más oportuno te parezca.

Si quieres emplear un (medicamento) húmedo, utiliza 16
el ungüento cario y venda tal y como se ha escrito para el medicamento anterior. El ungüento está hecho de lo siguiente: eléboro negro, sandáraca [15], lámina de cobre, plomo quemado con mucho azufre, oropimente, *cantáride* [16]; utilízalos en composición como te parezca y para disolverlos, aceite de cedro. Después que se haya untado suficiente cantidad, retirar el medicamento extendiendo sobre la hierba aro cocido y hecho una pasta o bien machacado en seco y mojado con miel. Y si empleas en seco este ungüento cario, debes retirar el medicamento después de haberlo extendido.

El ungüento seco hazlo sólo con eléboro negro y sandá- 17
raca.— Otro remedio: la hierba cuya hoja es semejante a la del aro por su cualidad, pero es blanca, algodonosa y por su tamaño es como la hoja de la hiedra. Esa hierba se hace una pasta con vino.— (Otro): la corteza de coscoja machacada con vino, aplícala en emplasto.— Otro: zumo de agraz, vinagre lo más ácido posible, flor de cobre, nitro, jugo de cabrahigo; echa en el zumo de la agraz alumbre lo más pulverizado posible y ponlo en un recipiente de cobre rojo al sol; hay que remover y retirar cuando parezca que tiene una buena consistencia.— Otro: se ex-

---

[15] Resina de color amarillento del enebro, la tuya y otras coníferas.

[16] Sobre la *cantáride* véase la nota 74 a la traducción del tratado *Sobre las afecciones internas*, en *Tratados hipocráticos* VI (B. C. G., núm. 143, Madrid, 1990, pág. 255).

tiende eléboro negro lo más pulverizado posible mientras que haya algo de humedad y corrosión; el vendaje es el mismo que el que se pone para los emplastos.— Otro: echar a un cuenco de cobre o a uno nuevo de cerámica granos de sal lo más secos posible, de un tamaño más o menos igual, no muy grandes y sobre ellos echar miel de la mejor, calculando que sea el doble de la sal. Poner después el cuenco sobre carbones y dejar hasta que se queme todo; luego, enjugando la herida con una esponja y dejándola bien limpia, vendar como en la receta anterior y comprimir un poco más. Al día siguiente, después de extender medicamento allí donde éste no haya agarrado, comprimir más y vendar; cuando quieras retirar el medicamento, echa sobre él vinagre caliente hasta que salga y vuelve a hacer lo mismo, si hace falta, enjugando con una esponja.— Otro remedio seco corrosivo: quemar sobre un caparazón, arrimando una tea encendida, copos de lana con toda su grasa, hasta que se quemen todos; machacar esto muy fino y extendiéndolo aplicar el mismo vendaje.— Otro remedio seco igualmente corrosivo: extender sobre las partes húmedas y corrompidas *misy* [17] en polvo muy fino y también flor de cobre desmenuzada y no totalmente en polvo.— Para esas mismas heridas: camaleón negro, alumbre empapado en jugo de higuera, humedecerlo una vez cocido y mezclarlo con orcaneta.— Extender murajes y alumbre egipcio cocido, untura de Orcómeno [18].

18 Para las llagas serpiginosas: alumbre egipcio cocido y alumbre de Melos; lavar antes con nitro y enjugar con una

[17] Mineral de cobre que se encuentra en Chipre.

[18] No se sabe en qué consiste este preparado de Orcómeno. Se piensa que podría estar compuesto con polvo de cañas quemadas ya que las márgenes del lago de Orcómeno estaban rodeadas de cañaverales y el lugar era famoso precisamente por ello.

esponja. También alumbre-sulfato de cobre cocido: cocer hasta que tome una apariencia ígnea.

Las llagas antiguas que hay en las espinillas a veces 19
se ponen sangrantes y negruzcas: machacando flor de meliloto, mezclarla con miel y utilizarla en emplasto.

A los nervios cortados hay que aplicarles, empleando 20
una venda, raíces de rusco machacadas, coladas y mezcladas con aceite. También la cincoenrama, la que es blanca y vellosa y más alta que la negra: hay que machacarla con vino, poner una venda y retirarla al tercer día.

Emolientes. Los siguientes medicamentos hay que utili- 21
zarlos en invierno más que en verano. Medicamentos emolientes que, además, hacen las cicatrices más bonitas. Machacar corazón de escila, la parte mucosa, o bien picea [19] con grasa fresca de cerdo, un poco de aceite, un poco de resina y de cerusa.— También grasa de oca, grasa reciente de cerdo, escila y un poco de aceite.— Cera muy blanca, grasa fresca bien limpia. O escila, aceite blanco y un poco de resina.— Cera, grasa de cerdo rancia y fresca, aceite, herrumbre, escila y resina; debe de haber el doble de grasa vieja que de la nueva y de lo demás la cantidad que te parezca oportuno. Derretir grasa fresca, trasvasar a otro cazo y, después de triturar muy fino sulfuro de plomo y cribarlo, mezclándolo con la grasa, ponerlo a cocer y agitar al principio; tenerlo cociendo hasta que destilada una gota en tierra se solidifique, luego se retira del fuego y se vierte a un recipiente todo menos la piedra sedimentada; sobre ella echar resina y remover, mezclando con ello un poco de aceite de cedro y lo que se había apartado del

[19] Lo más probable es que se refiera al fruto de ese árbol, es decir, la piña, aunque también se puede pensar en la corteza o la resina.

fuego. En todos los emolientes en que mezcle resina, hay que remover mientras echas la resina sobre el medicamento una vez retirado del fuego pero estando aún caliente.— Otro remedio: grasa vieja de cerdo, cera, aceite y sustancias secas, como las escamas de almez, incienso, galena: una parte de incienso, otra de galena y otra de escamas, y sean dos las partes de grasa rancia, una la de cera y una la de aceite.— O también sólo la grasa rancia de cerdo y con ella grasa fresca de cabra a ser posible sin las membranas; lo limpias, lo trituras o desmenuzas muy fino, viertes aceite y echas plomo con óxido de cobre y la mitad de escamas de almez.— Otro: grasa de cabra, óxido de cobre, azurita y aceite.

22 Para las quemaduras. Hay que cocer raíces tiernas de coscoja que tenga la corteza muy espesa y muy verde, cortada en trocitos pequeños y metida en vino, cocerla a fuego suave hasta que parezca tener buena consistencia como para untar; lo mismo (se hace) con agua.— Otro (remedio) que no es mordiente: untar sólo grasa vieja de cerdo derretida y poniendo por encima raíz de escila partida, vendar y al día siguiente aplicar fomentos.— Otro: se derrite grasa rancia de cerdo y cera y se mezclan con incienso, aceite, escamas de almez y minio y, una vez untado eso, cociendo hojas de aro en vino y aceite, aplicarlas y poner un vendaje.— Otro remedio: después de haber untado grasa rancia de cerdo, aplicar raíces de asfódelo machacadas y molidas muy finamente en vino.— Otro: fundir grasa rancia de cerdo y mezclarla con resina y asfalto y, poniendo eso en unas hilas y calentándolo al fuego, aplicarlo y poner un vendaje.

23 Cuando se produce una herida en la espalda por un golpe o de cualquier otra manera, machacar escila bien cocida y, untándola con una compresa, vendar; luego ha-

cer un ungüento con grasa de cabra y grasa reciente de cerdo, óxido de cobre, aceite e incienso.

Hinchazones producidas en los pies, espontáneas o no, 24
que no se rebajan con cataplasmas, ni la hinchazón ni la inflamación, y que, si se venda con esponjas, vellones de lana o cualquier otra cosa sobre la parte sana, luego se vuelve a hinchar y a inflamar, la causa es un aflujo de sangre por las venas, en el caso en que no sea debido a una contusión; y también si es en otra parte del cuerpo, la misma explicación. De manera que hay que sacar sangre de las venas que llevan ese aflujo, si son visibles; y si no, hacer sobre la hinchazón muchas incisiones muy profundas y juntas, así como en cualquier otra parte que necesite incisión hay que hacerlo de la misma manera y con hierros lo más agudos y finos posible; cuando saques la sangre no comprimas demasiado con la sonda para que no provoques una contusión. Hay que lavar muy bien con vinagre sin dejar dentro de las incisiones ningún coágulo de sangre, echando un medicamento que restañe la sangre, y aplicar lana bien cardada con toda su grasa, blanda, empapada de vino y aceite, sujetándola con una venda; la parte en que se ha hecho la incisión manténgase de manera que el flujo de sangre suba y no baje [20]; que no se humedezca en absoluto y debe comer poco y beber agua. Si al soltarle la venda encuentras las incisiones inflamadas, hay que poner una cataplasma preparada con sauzgatillo y fruto de lino. Si las incisiones se ulceran y desgarran, observar la posición, aplicarle luego lo que precise y en lo demás seguir el tratamiento.

---

[20] ¿Hacia dónde es el desplazamiento normal de la sangre? Parece que en este contexto, al no haber mayor indicación, la sangre baja en el sentido natural del crecimiento del cuerpo.

25 Cuando hay una variz en la parte delantera de la pierna, bien que esté a la vista o que sea en la carne, y la pierna esté negra y parezca necesitar que se le extraiga sangre, no hay en absoluto que hacer incisiones pues en general se producen grandes heridas procedentes de incisiones por causa de un aflujo de sangre por la variz. Más bien hay que punzar aquí y allá la misma variz donde te parezca más oportuno.

26 Cuando abras una vena y después de extraer la sangre y soltar la correa [21] la hemorragia no se detenga, mantén bien sea el brazo o la pierna de manera que el flujo de la sangre se produzca en sentido contrario, como si la sangre refluyera [22] y, permanenciendo de esa manera acostado más o menos tiempo, véndalo luego mientras está así, siempre que no haya ningún coágulo en la incisión, aplicando una compresa doble humedecida con vino y, por encima, lana limpia empapada en aceite; y es que, si se produce un flujo violento de sangre (eso) lo detiene y si por haber un coágulo en la incisión se inflama, hace que supure. La flebotomía debe practicarse más o menos al que ha almorzado y ha bebido, al que está caliente y en un día más bien templado que frío.

27 Al aplicar una ventosa, si fluye la sangre después de haberla retirado, tanto si es mucha cantidad como si lo

---

[21] La utilizada para el torniquete.

[22] La imagen que nos ofrece este pasaje sobre el movimiento de la sangre no precisa cuál es la dirección que ésta lleva. M. P. Duminil, *op. cit.*, págs. 273 y sigs., entiende que este texto atestigua, como tantos otros en el *Corpus*, un desplazamiento de arriba abajo. La realidad es que en este caso los adverbios empleados son *antía* «en sentido contrario» y *opíssō* «hacia atrás». Falta la especificación de cuál sería el sentido normal del flujo.

que fluye es icor [23], debes volverla a aplicar rápidamente sobre los mismos cortes, antes de que éstos se llenen, y extraer la sangre que quede; si no lo haces y quedan trombos en las incisiones, de ellos se derivan heridas que se inflaman. Hay que lavar a fondo todo ello con vinagre y posteriormente no humedecer ni apoyarse sobre las escarificaciones e impregnarlas con alguno de los medicamentos que restañan la sangre. Cuando haya que aplicar la ventosa por debajo de la rodilla o sobre la rodilla, hacerlo estando de pie (el herido), si es que puede mantenerse.

[23] En este pasaje icor es la «serosidad» que exuda de una llaga en el momento de la coagulación de la sangre: hay que limpiarlo para evitar la inflamación. En *Ilíada* V 416, Dione limpia el icor de la herida que lleva su hija Afrodita para que cicatrice. Cf. nota 28 del tratado *Heridas en la cabeza.*

ÍNDICE GENERAL